FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Robert VAUDESCAL**

Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE INTERSTITIELLE

Président : M. PAUL BAR, *professeur.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER.
Professeurs	MM,
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie topographique	Auguste BROCA.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	N. / TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Aug. BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. / WIDAL. / GILBERT. / CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies mentales	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. / QUENU. / N. / HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. / COUVELAIRE. / RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.

Agrégés en exercice.

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET (André)	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LECENE	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT		RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur PAUL BAR

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine
de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux de reconnaissance
et de profonde affection.

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER MAÎTRE EN OBSTÉTRIQUE

M. le Professeur agrégé LEPAGE

Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut
Officier de la Légion d'Honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

M. le Professeur agrégé WALTHER
(Hôpital de la Pitié 1907-1908).

M. le Professeur WIDAL (Hôpital Cochin 1908-1909).

M. le Professeur agrégé RENON
M. le Dr ENRIQUEZ
(Hôpital de la Pitié 1909-1910).

Internat provisoire

M. le Dr TRIBOULET
M. le Professeur NETTER
(Hôpital Trousseau 1910-1911).

Internat

M. le Professeur POZZI (*in memoriam*).

M. le Professeur agrégé PROUST
(Hôpital Broca 1911-1912).

M. le Professeur agrégé LEPAGE (*in memoriam*)
(Hôpital Boucicaut 1912-1913).

M. le Dr BOISSARD (*in memoriam*)
(Hôpital Lariboisière 1913-1914).

M. le Dr LAUNAY (Hôpital Bichat 1913-1914).

M. le Professeur HARTMANN (Hôpital Laënnec 1914).

A MES AUTRES MAÎTRES

MM. les Professeurs agrégés : BRINDEAU, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LECÈNE, LE LORIER, LEMIERRE, LEQUEUX.

MM. les Drs BAUMGARTNER, BAZY, BENDER, ROBINEAU, RUDAUX.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE INTERSTITIELLE

INTRODUCTION

La grossesse interstitielle est actuellement bien connue. Les observations qui en ont été publiées sont relativement nombreuses et chaque jour de nouveaux cas découverts au cours d'intervention pour grossesse extra-utérine rompue, montrent que cette variété de grossesse n'est peut-être pas aussi exceptionnelle qu'on le dit communément. Il semblerait donc que les différents signes particuliers par lesquels la grossesse interstitielle se distingue, d'une part de la grossesse normale et d'autre part des grossesses extra-utérines aient été bien étudiés ; que l'anatomie pathologique des pièces examinées ait été précisée ; que l'étude histologique, soit de la tumeur fœtale, soit de l'utérus ou de ses annexes pendant l'évolution de cette grossesse particulière, ne présente plus actuellement aucun point obscur. En réalité il n'en est pas ainsi. La plupart des observateurs, frappés par l'intérêt clinique de pareils cas, ont examiné

surtout les particularités de l'évolution de la grossesse ectopique chez leurs malades et ont cherché à en préciser le diagnostic ; d'autres ont étudié plus spécialement le traitement chirurgical de l'affection et ont discuté les différentes techniques opératoires ; beaucoup ont étudié l'anatomie macroscopique des pièces enlevées au cours des interventions ; très peu ont pratiqué un examen histologique complet. Si bien que, non seulement l'étude histologique de la grossesse interstitielle est pour ainsi dire inexistante, mais que beaucoup de cas publiés comme exemples de grossesses interstitielles sont des plus contestables. Wægeli, dans son excellent mémoire, paru en Novembre 1915, estime le nombre de cas non contestables publiés dans la littérature à une cinquantaine. Ce nombre serait peut-être réduit encore si l'examen histologique qui manque souvent avait été fait.

Ayant eu la bonne fortune de réunir trois observations nouvelles de grossesse interstitielle, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'étudier ces trois cas et d'y contrôler les points admis classiquement comme caractéristiques de ces grossesses anormales. C'est ainsi que la valeur du signe de Ruge-Simon, de l'asymétrie des annexes et de l'insertion du ligament rond, en tant que signes distinctifs des grossesses interstitielles, retiendra quelque temps notre attention. Nous nous sommes en particulier attaché à vérifier et à préciser quelques points encore obscurs de l'étude histologique : la structure du sac ovulaire, ses rapports avec l'utérus, le mode d'implantation des villosités dans la paroi du sac ; la réaction déciduale de

la muqueuse utérine, tels sont ceux que nous envisagerons plus spécialement.

La rareté relative des cas de grossesse interstitielle, leur aspect très dissemblable selon leur âge, leur variété et leur évolution rend leur étude particulièrement délicate ; nous ne nous dissimulons pas combien la nôtre pourra paraître insuffisante et le peu de lumière qu'elle jettera sur la question ; ce n'est cependant qu'en multipliant de pareils tâtonnements que la précision sera atteinte et que l'entente se fera sur des points en apparence contradictoires.

Nous manquerions à tous nos devoirs si, avant de commencer l'exposé de nos recherches, nous ne remercions pas M. le professeur Bar de la nouvelle preuve d'affection qu'il a bien voulu nous donner en nous procurant les éléments de notre travail et en nous ouvrant son laboratoire de la Clinique Tarnier, alors que démobilisé depuis peu, nous nous trouvions dans l'obligation de terminer rapidement nos études de médecine. Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueuse affection. Nous adressons également nos chaleureux remerciements à notre ami le Dr Bender, chef de Clinique à la Faculté, qui a bien voulu mettre à notre disposition deux cas personnels de grossesse interstitielle, ce qui nous a permis de faire de notre étude le sujet de notre thèse inaugurale.

PREMIÈRE PARTIE

Dans la première partie de ce travail, nous étudierons successivement trois cas de grossesse interstitielle que nous avons pu réunir. Pour chacun d'eux, nous exposerons en premier lieu l'observation clinique ; puis nous en ferons l'étude anatomo-pathologique d'abord macroscopique, puis microscopique. Nous limiterons notre étude à la discussion pour chacune de nos observations des éléments tant macroscopiques que microscopiques qui appartiennent en propre aux grossesses interstitielles. Au point de vue macroscopique, nous examinerons la valeur des différents signes de grossesse interstitielle qui ont été proposés en les comparant dans les observations déjà publiées et dans nos trois cas personnels. Au point de vue microscopique, chaque particularité relevée dans la constitution des différentes parties de la pièce fera l'objet de la même critique au point de vue de sa constance et de son importance. La valeur démonstrative de nos trois cas est très différente ; alors que notre première observation concerne une grossesse interstitielle déjà avancée et qui avait atteint un développement peu habituel en pareil cas, nos deux autres observations concernent des grossesses très jeunes dont l'évolution n'avait pas dé-

passé six semaines. Aussi tandis que l'aspect macroscopique de la première pièce opératoire sera examinée dans tous ses détails, cette partie de notre description ne nous retiendra que peu de temps pour le second cas, tandis que pour le troisième elle sera complètement supprimée : ici en effet l'utérus n'a pas été enlevé et on pratiqua l'ablation de la grossesse interstitielle par une incision cunéiforme de la corne utérine, ce qui a permis à la malade de conserver son utérus et ses annexes saines. Nous nous contenterons donc de signaler dans l'exposé de ce cas les observations qui ont été faites au cours de l'intervention. En revanche l'examen histologique a été pratiqué dans nos trois cas ; nous en donnerons un exposé aussi complet que possible.

PREMIÈRE OBSERVATION

Notre premier cas concerne une grossesse interstitielle d'un type peu habituel : il s'agit en effet d'une grossesse ayant dépassé le quatrième mois de son évolution sans présenter d'accidents graves de rupture et cela grâce à un processus d'enkystement d'autant plus remarquable qu'il n'a porté que sur le fœtus, à l'exclusion du placenta qui est resté dans la cavité primitive d'implantation de l'œuf et a continué à s'y développer.

Mme M..., 35 ans, entre à la Clinique le 16 août 1917. Elle a vu ses dernières règles le 2 mars 1917 et s'est bien portée jusqu'au 12 juin. Ce jour-là, à la suite d'un coït, elle a ressenti une violente douleur dans la région hypogastrique ; cette douleur a disparu au bout de quelques jours, mais a reparu huit jours après, plus intense, et se généralisant à tout l'abdomen ; celui-ci, au dire de la malade, serait devenu à ce moment et brusquement volumineux et dur. Un médecin fut appelé et conclut à une grossesse extra-utérine accompagnée de réaction péritonéale ; mais il n'y a ni vomissements, ni fièvre. Sous l'influence d'application de glace et du repos au lit, la douleur s'atténue au bout d'une semaine, et l'abdomen diminue de volume. Le traitement est continué pendant dix-huit jours et l'état de la malade s'améliore ; mais depuis quelques jours, elle a des pertes, d'abord « marron », puis de

plus en plus rouges : actuellement elle a des pertes franchement hémorragiques; c'est ce qui l'amène à l'hôpital.

L'état général est bon; réglée à 14 ans, la malade a eu ses premiers rapports à 18 ans : elle n'a eu ni enfant ni fausse couche. Elle a eu la rougeole à 7 ans ; depuis elle n'a jamais été malade. Rien à signaler du côté du cœur ni du côté des poumons.

L'examen de la malade montre dans la partie inférieure de l'abdomen, une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus ; cette tumeur est régulière, lisse, mate à la percussion. Au toucher, le col de l'utérus est en arrière. Il se prolonge à droite avec une partie dure qui paraît être l'utérus. A gauche, on retrouve la tumeur abdominale, sphérique, rénitente et régulière ; on ne trouve pas de séparation nette entre la tumeur et l'utérus. A l'auscultation on n'entend pas de bruits du cœur.

Diagnostic : grossesse développée dans la corne gauche.

Intervention. 20 août 1917. Opérateur : M. Brindeau. Aide : M. Chomè. Anesthésie à l'éther.

Incision verticale dépassant l'ombilic. Le petit bassin est recouvert par des adhérences formées aux dépens de l'intestin grêle et de la tumeur. Ces adhérences se laissent assez facilement dissocier. Du côté droit, la trompe remplie de liquide hématique, se rompt pendant les manœuvres de décollement. L'utérus, augmenté de volume, fait corps avec la tumeur et est rejeté à droite. Hystérectomie par décollement transversal. Ligature et section du ligament rond et du ligament infundibulo-pelvien du côté droit. Décollement du péritoine antérieur. Section du col, qui est volumineux. On dégage ainsi la tumeur qui est abordée de bas en haut. La trompe gauche, qui a toute sa longueur, plonge dans le petit bassin : on la décolle et on la libère de l'ovaire qui est sain et est laissé en

place. On termine par la ligature du pédicule utéro-ovarien gauche. Hémostase assez difficile. Section d'un moignon du col qui est très volumineux. Fermeture du col; péritonisation à peu près complète à droite, impossible à gauche.

Fermeture en trois plans.

Suites opératoires sans incidents.

Sortie en bon état le 5 septembre.

Ainsi il s'agissait ici d'une femme de 35 ans, n'ayant jamais eu d'enfants, qui après un retard de règles de trois mois ressent une première fois des douleurs violentes dans la région abdominale et voit à ce moment son ventre augmenter brusquement de volume. Puis la douleur se calme et l'état de la malade s'améliore, mais la tumeur persiste de même que les métrorragies. A l'intervention on trouve un kyste faisant corps avec l'utérus: ce kyste contenait un fœtus de 4 mois environ; il s'était donc probablement produit une rupture, au moment où la femme avait souffert, et dès lors les douleurs avaient diminué. Cliniquement on retrouve donc les différents temps qui correspondent à l'évolution de cette grossesse interstitielle : première période indolore avant la rupture; deuxième période douloureuse pendant la rupture ; troisième période de nouveau indolore correspondant à l'enkystement.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la grossesse interstitielle au point de vue macroscopique a été fixée par un certain nombre de mémoires ou de communications avec présentation de pièces. Connue depuis longtemps, on en trouve des exemples de plus en plus fréquents dans la littérature; ainsi que le fait remarquer Lequeux cela est surtout dû « à la hardiesse plus grande des opérateurs et à l'étude plus approfondie des pièces anatomiques ». La pièce que nous allons étudier présente l'intérêt de montrer d'une façon très nette la valeur des signes considérés actuellement comme caractéristiques de la grossesse interstitielle.

I. — Anatomie macroscopique.

La pièce est constituée par l'utérus, flanqué par les annexes, sauf l'ovaire gauche, qui a été laissé en place.

Vue par sa face antérieure (fig. 1), elle se présente comme une tumeur bilobée, dont la partie inférieure est constituée par le corps de l'utérus, l'hystérectomie ayant passé exactement à la hauteur de l'orifice interne du canal cervical, et la partie supérieure par une tumeur kystique. Ces deux portions

Fig. 1. — Vue antérieure de la première pièce.

O. Orifice du col. — *U*. Utérus. — *L.R.G.* Ligament rond gauche. — *L.R.d.* Ligament rond droit. — *T.d.* Trompe droite. — *T.g.* Trompe gauche. — *S.* Sillon de séparation entre l'utérus et le kyste. — *K.F.* Kyste fœtal.

de la pièce sont à peu près du même volume et se continuent l'une avec l'autre ; un sillon cependant marque le point d'union des deux masses : il se ma-

nifeste du côté gauche par un étranglement très marqué ; au niveau de ce sillon, le péritoine, passant d'un lobe à l'autre, est légèrement plissé.

Le corps de l'utérus, dont le volume est réduit par le séjour dans le formol, a les dimensions d'une grosse orange : sa hauteur est de 7 centimètres ; sa largeur, au niveau de l'insertion des deux trompes, est de 10 centimètres. L'augmentation du volume de l'utérus porte sur ses deux moitiés, droite et gauche. La moitié droite est bosselée et s'est élargie dans le sens transversal ; la moitié gauche s'est développée obliquement en haut et en dehors et forme une sorte de hernie, qui fait songer à une corne utérine anormalement développée. Les dimensions respectives des deux cornes utérines, mesurées de la cavité utérine à l'insertion tubaire, sont respectivement : à droite de 4 cm. 5, à gauche de 7 centimètres. L'augmentation des dimensions transversales de l'utérus est donc due au développement de la corne gauche.

Des deux ligaments ronds, le droit s'insère exactement à l'angle supérieur droit de l'utérus, immédiatement an avant de l'abouchement de la trompe de ce côté ; du côté gauche, l'insertion du ligament rond est légèrement rejetée en avant et en bas par la hernie formée par la corne utérine de ce côté ; il est séparé de l'insertion de la trompe par une distance de 3 centimètres et nettement au-dessous.

Les deux trompes s'insèrent aux deux extrémités du diamètre transversal le plus large, mais la trompe gauche s'insère sensiblement plus haut que la trompe droite par suite du développement oblique de la corne gauche. La différence de niveau des deux

extrémités utérines des trompes peut être estimée à 2 centimètres environ. Il s'ensuit que la ligne d'étranglement entre le fond de l'utérus et la tumeur kystique, qui représente approximativement le fond de l'utérus, est légèrement ascendante de droite à gauche. Les trompes sont bosselées ; leur longueur respective est à droite : de 7 centimètres ; à gauche de 7 cm. 5 ; l'aspect des annexes des deux côtés diffère par l'absence de l'ovaire gauche. De plus, du côté droit, le pavillon de la trompe est le siège d'un kyste hématique que nous retrouverons en examinant la face postérieure.

La partie supérieure de la pièce est constituée par une tumeur kystique, qui, nous le verrons, n'est autre que le sac fœtal. Elle coiffe le fond de l'utérus à la manière d'une tête de brioche, mais elle s'incline du côté gauche, où elle est séparée de l'insertion de la trompe par un sillon profond, tandis que du côté droit elle n'atteint pas l'insertion des annexes. Cette tumeur kystique est lisse, irrégulièrement arrondie et fortement tendue.

Vue par sa face postérieure (fig. 2), la pièce présente, dans ses grandes lignes, le même aspect que par sa face antérieure : mêmes dimensions de l'utérus, nettement augmenté de volume ; même développement de la corne gauche ; enfin, sur cette face, l'obliquité du fond de l'utérus en haut et à gauche est un peu plus accusée. Nous retrouvons ici les deux trompes ; mais tandis que celle du côté gauche, bien que légèrement bosselée, présente un aspect à peu près normal et a son pavillon intact, la trompe droite, qui, nous le savons était distendue par du liquide héma-

tique et s'est rompue pendant les manœuvres de décollement, présente, au niveau de sa partie ampullaire, une vaste cavité anfractueuse, d'où le liquide hématique s'est écoulé par l'orifice péritonéal large-

Fig. 2. — Vue postérieure de la première pièce.

O. d. Ovaire droit. — *K. H.* Kyste hématique de la trompe. — *T. d.* Trompe droite. *T. g.* Trompe gauche. — *A. d.* Adhérence sectionnée. — *S.* Sillon de séparation entre le kyste fœtal et l'utérus.

ment dilaté. L'ovaire droit, seul présent, est de petites dimensions et à sa place normale.

La tumeur kystique qui surplombe l'utérus, a basculé en arrière ; mais tandis que du côté gauche elle se continue insensiblement avec la corne dilatée, du côté droit, elle en est séparée par un profond sillon comblé en partie par des replis péritonéaux. Enfin

une grosse adhérence, sectionnée au cours de l'intervention, retenait la tumeur en arrière.

L'utérus a été sectionné en deux moitiés (fig. 3 et 4) par une coupe transversale, allant d'une trompe à l'autre, ce qui nous a permis d'examiner la cavité utérine et le kyste fœtal.

La moitié antérieure (fig. 3) montre la cavité utérine ; les parois de l'organe sont très sensiblement augmentées d'épaisseur : elles ne mesurent pas moins de 3 centimètres en moyenne.

Mais, dans toute la partie de la corne gauche qui semble étirée, la paroi utérine a pour ainsi dire disparu ; elle est réduite à une mince lame de tissu musculaire condensé et la partie ainsi limitée est occupée par une masse blanchâtre, tachetée, d'un aspect nettement villeux. La cavité utérine présente son aspect classique en forme d'Y. Mais tandis que la muqueuse de la corne droite s'étend d'une façon très évidente jusqu'à la région de l'ostium uterinum, du côté gauche, elle disparaît brusquement et pénètre dans la cavité que nous venons de décrire de ce côté. La limite entre le tissu utérin et la masse villeuse est marquée par la différence d'aspect des tissus, mais on ne voit à cet endroit sur la coupe rien de comparable à une membrane ou à une paroi de néoformation.

Si l'on examine maintenant la tumeur kystique qui surplombe l'utérus, on voit qu'elle en est séparée par une lame de tissu d'aspect fibreux, extrêmement tassé, et qui, sur cette coupe, ne présente aucune fissure ou aucun interstice la mettant en communication avec la cavité utérine ou avec la corne anorma-

Fig. 3. — Moitié antérieure de la première pièce.

O. I. C. Orifice interne du col. — *C. U.* Cavité utérine. — *M. P.* Masse placentaire. — *T. g.* Trompe gauche. — *K. F.* Kyste fœtal. — *F.* Fœtus. — *C. U. d.* Corne utérine droite.

lement développée. La paroi de cette tumeur, dans les portions qui ne sont pas en rapport avec l'utérus est mince et d'aspect également fibreux. Au niveau

Fig. 4. — Moitié postérieure de la première pièce.

O.I.C. Orifice interne du col. — *C. U.* Cavité utérine. — *M. P.* Masse placentaire. — *O. d.* Ovaire droit. — *T. d.* Trompe droite. — *K. H.* Kyste hématique. — *K. F.* Kyste fœtal. *F.* Fœtus.

de l'insertion de la tumeur sur l'utérus, du côté gauche, elle semble simplement s'accoler au fond de l'utérus, formant ainsi un angle aigu avec lui ; du côté droit au contraire, l'accolement est moins net et la fusion intime est réalisée par un pont péritonéal

qui comble l'angle rentrant : ceci correspond très exactement à l'aspect extérieur de la pièce.

La cavité kystique est remplie par du liquide hématique et par des caillots en voie d'organisation ; elle contient un fœtus. Sa forme est celle d'une grosse tête de brioche lisse et régulière, coiffant le fond et la partie postéro-supérieure de l'utérus. Ses dimensions sont les suivantes : 10 centimètres dans le sens de la largeur ; 6 centimètres dans le sens de la hauteur. Sa paroi est extrêmement mince, comme si elle avait été distendue peu à peu et étirée dans tous les sens. Les caillots et le liquide d'exsudation la remplissent presque complètement mais en les enlevant avec précaution, on découvre un fœtus de 8 centimètres environ, recroquevillé, et accolé sur le fond de la poche. Lorsqu'on débarasse les différentes parties du fœtus de la gangue fibrineuse qui les masquent, on découvre le cordon qui conduit à un hématome, du volume d'un petit œuf de poule, situé à la partie inférieure du kyste fœtal. Un examen attentif montre que cet hématome traverse la paroi postéro-supérieure de l'utérus par un orifice arrondi, nettement limité et de la dimension d'une pièce de 5 francs : c'est par cet orifice, que sa situation ne permettait pas d'apercevoir sur la coupe transversale, que le fœtus probablement entouré de ses membranes et trop à l'étroit dans sa loge primitive, a traversé la paroi utérine et est venu s'enkyster sur le fond de l'utérus. Une coupe transversale plus postérieure, que nous reproduisons dans la figure 5, permet de se rendre compte des rapports respectifs de la cavité utérine, de la cavité placentaire et du kyste fœtal ;

sur cette coupe on voit très nettement l'orifice par lequel a passé le fœtus comblé par l'hématome. En décrivant la face postérieure de notre pièce, nous avons signalé une grosse adhérence qui avait été sec-

Fig. 5. — Vue de la pièce, sectionnée transversalement au niveau du point d'effraction de l'œuf.

U. Utérus. — *M. p.* Masse placentaire. — *Hé.* Hématome. — *C.* Cordon. *F.* Fœtus, intéressé par la coupe.

tionnée au cours de l'intervention : cette adhérence n'est autre qu'une petite hernie de la paroi kystique qui, sous l'influence de la tension exercée par l'épanchement a cédé sur un point limité : on retrouve en effet un prolongement de l'hématome au centre de cettre bride qui est canalisée.

Nous voyons donc qu'à deux reprises l'œuf anormalement développé, et trop à l'étroit, a agrandi son

domaine : la première fois une sorte de hernie a permis au fœtus de s'échapper de la loge primitive qui contenait l'œuf ; une seconde fois sous l'influence de l'hémorragie, la poche a tendu vers la rupture : grâce à une adhérence fortuite, celle-ci ne s'est pas complètement produite et ce processus nous explique comment cette grossesse qui, de par sa situation, ne pouvait pas avoir une bien longue évolution, a cependant pu atteindre le stade avancé où l'a trouvée l'intervention, sans que les symptômes habituels et dramatiques de la rupture avec inondation péritonéale se soient jamais manifestés.

II. — Anatomie histologique.

L'étude macroscopique de notre pièce nous ayant donné la conviction que nous nous trouvions en présence d'une grossesse interstitielle, il nous a paru indispensable de pratiquer un examen histologique approfondi de ses différentes parties : cet examen nous paraît être en effet le complément nécessaire de toute étude anatomique de pareils cas ; non seulement il peut seul donner la certitude absolue quant à leur véritable nature, mais de la lecture des différents travaux publiés jusqu'à ce jour, il ressort d'une façon évidente que l'étude histologique en a été trop souvent négligée, si bien que la grossesse interstitielle, bien connue à l'heure actuelle en ce qui concerne son allure clinique et son anatomie macroscopique présente encore, au point de vue histologique, de nombreux points obscurs.

Cette étude est délicate : les rapports normaux de la trompe et de l'utérus sont bouleversés ; les hématomes qui se produisent soit avant, soit au moment de la rupture, provoquent des dépradations aussi bien du côté des éléments de l'œuf que du côté de la paroi de la cavité ovulaire ; trop souvent aussi, le séjour

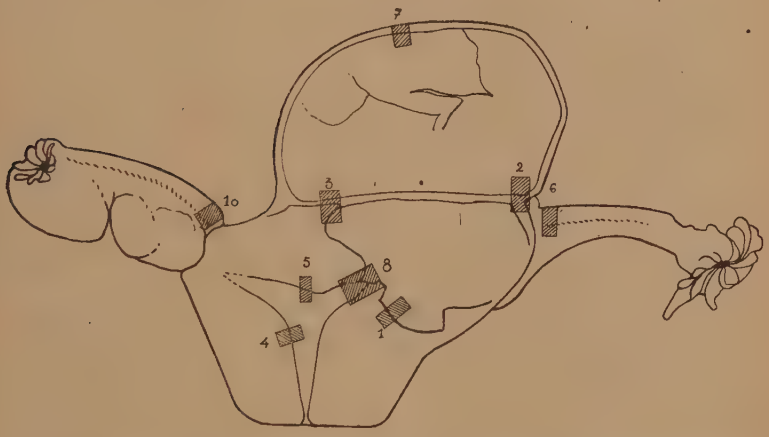

Fig. 6. — Schéma de la pièce indiquant l'endroit où les fragments ont été prélevés, aux fins d'examen histologique.

trop prolongé de la pièce dans le formol modifie l'aspect histologique de la manière la plus fâcheuse. Nous n'avons pas échappé à ces difficultés et notre étude s'en ressentira ; elle va nous permettre cependant d'examiner quelques-uns des points les plus controversés dans cette matière.

Dans ce but, nous avons prélevé des fragments de notre pièce à différents niveaux ; le schéma que représente la figure 6 indique l'endroit exact où chacun de ces fragments a été prélevé. Après fixation au formol au 1/10, ces fragments ont été inclus dans

la paraffine et débités en coupes sériées de 1/150 de millimètre, puis traités par les procédés habituels de coloration : hématéine-éosine le plus souvent, van Gieson toutes les fois que cela nous a paru nécessaire. Nous avons examiné successivement :

I. — Les rapports de l'œuf avec la paroi utérine, et la structure de cette paroi ;
II. — La paroi du kyste fœtal ;
III. — La muqueuse utérine ;
IV. — Les trompes des deux côtés.

Le résultat de ces recherches fera l'objet des chapitres qui vont suivre.

I. — Rapports de l'œuf avec la paroi utérine.

A. — Rapports du placenta avec le muscle utérin

Nous rappellerons que dans notre pièce, le placenta seul est resté enfermé dans la cavité ovulaire primitive, au niveau de la corne utérine gauche. Nous avons examiné la paroi de cette cavité en plusieurs points.

Le fragment n° 1 a été prélevé sur la moitié antérieure de la pièce, au point où la paroi utérine entre en contact avec le placenta et à égale distance de la cavité utérine et de la face externe de l'organe, ce qui nous était facile, en raison de la grande épaisseur de la paroi utérine. Notre intention en étudiant ce fragment de la pièce était d'examiner les rapports de l'œuf, représenté à ce niveau par le bloc placentaire, avec la musculature utérine dans laquelle il

avait fait effraction. Sur les coupes, en allant de l'œuf vers la paroi utérine, on rencontre successivement : des villosités, du tissu conjonctif, puis des fibres musculaires.

Les villosités, dans la partie la plus éloignée de la paroi utérine, se présentent dans un état de conservation remarquable ; leur squelette conjonctif se dessine en fines travées parsemées de noyaux bien colorés ; leur couche épithéliale présente ses deux assises avec une grande netteté : cellules de Langhans polyédriques ou cubiques, assez volumineuses et nettement limitées, et couche plasmodiale : celle-ci présente par place des bourgeons plus ou moins volumineux contenant des noyaux que nous considérons comme des massues syncytiales. Quand on déplace la coupe vers le muscle utérin, les villosités perdent leur aspect classique : elles semblent comme étouffées par un réseau de fibrine qui, en certains endroits, forme de véritables placards ; à ce niveau, beaucoup de villosités perdent leur individualité et les détails de leur structure sont noyés par cet exsudat fibrineux. Quelques-unes cependant ont été épargnées par l'envahissement fibrineux et parviennent dans un état d'intégralité relative jusqu'au tissu conjonctivo-musculaire.

Celui-ci se présente sous un aspect irrégulier : tantôt les villosités plus ou moins noyées dans la fibrine atteignent les fibres musculaires, tantôt elles en sont séparées par du tissu conjonctif vacuolaire, au sein duquel on voit de belles cellules volumineuses, à contours polyédriques, dont le noyau, en général ovalaire, présente des amas irréguliers de chromatine. Ces cellules, dont la présence n'est pas constante, se retrou-

vent cependant avec facilité sur toutes nos coupes et nous n'hésitons pas à les considérer comme des cellules déciduales. Nous les retrouvons également en certains points au milieu de la fibrine et au contact même des villosités : la figure 7 montre clairement

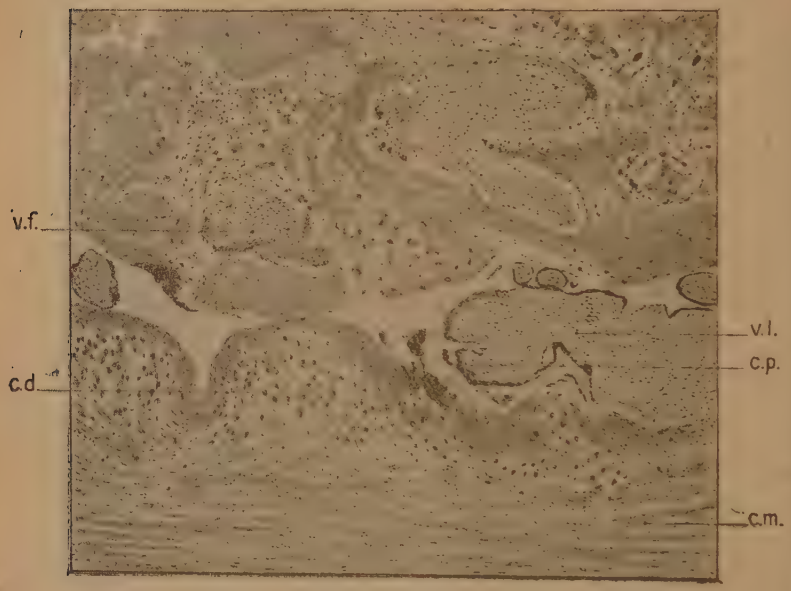

Fig. 7. — Réaction déciduale au niveau du sac ovulaire.
C. m. Couche musculaire. — *C. d.* Cellules déciduales. — *V. l.* Villosité. *C. p.* Couche plasmodiale. — *V. f.* Villosité noyée dans la fibrine.

cette disposition. Le tissu conjonctif vacuolaire au sein duquel nous les rencontrons se présente sur toutes nos coupes sous la forme d'une couche assez épaisse, ondulée et pour ainsi dire festonnée : c'est un point sur lequel nous désirons attirer dès maintenant l'attention et sur lequel nous reviendrons en discutant le point d'insertion primitif de l'œuf.

Enfin nous trouvons, à la périphérie de la coupe

du tissu musculaire qui se présente sous forme de fibres longitudinales, fréquemment dissociées par une forte infiltration lymphocytaire. Il ne nous est pas possible d'affirmer la pénétration des villosités à l'intérieur de la couche musculaire, et en aucun point de nos premières coupes nous n'avons retrouvé cet envahissement des éléments syncytiaux qui a été décrit surtout par les auteurs allemands comme un processus favorisant la rupture du sac ovulaire ; tout au plus, avons-nous rencontré des villosités arrivant jusqu'au contact des fibres musculaires ; dans ce cas elles ont perdu leur revêtement épithélial et une forte infiltration lymphocytaire établit le contact avec la musculature. Nous nous empressons d'ajouter que ceci ne nous a pas étonné : le fragment que nous examinons concerne en effet cette partie de la cavité ovulaire la plus éloignée du point où la paroi a cédé, avant l'enkystement du fœtus, et c'est évidemment plutôt de ce côté qu'une telle migration des éléments syncytiaux pourrait être retrouvée.

Si nous résumons maintenant l'aspect de cette partie de la paroi de la cavité placentaire, nous pourrons dire : la masse placentaire s'est creusée sa loge à l'intérieur de la musculature utérine ; mais elle s'en est trouvée le plus souvent séparée par une couche de tissu conjonctif présentant une réaction déciduale indéniable. Une autre conclusion s'impose d'après l'examen de cette coupe et elle est du plus grand intérêt en ce qui concerne la caractéristique anatomique de notre grossesse interstitielle : c'est qu'en aucun point, nous n'y avons rencontré d'éléments glandulaires qui auraient pu nous faire penser à une muqueuse utérine ;

et il nous est déjà permis d'affirmer qu'il ne s'agit ici ni d'une grossesse angulaire, ni d'une grossesse tubaire, mais très probablement d'une grossesse interstitielle pure c'est-à-dire canaliculaire ou intra-murale : c'est ce que nous allons vérifier sur d'autres points du sac placentaire.

B. — Point d'accolement du kyste fœtal et de l'utérus

Le fragment n° 2 de notre schéma a été prélevé en un point situé au pôle opposé du fragment n° 1. Nous avons examiné à ce niveau la cloison de séparation du placenta resté dans la cavité intra-murale, et du fœtus, qui, après avoir traversé le fond de l'utérus, s'est enkysté.

A ce niveau, la paroi est représentée par une cloison fibro-conjonctive, très fortement infiltrée d'éléments lymphocytaires. Ce qui frappe, c'est la présence de quelques rares lamelles de tissu musculaire, étirées et dégénérées : leurs noyaux ont disparu. Quelques autres faisceaux musculaires, sectionnés en travers sur les coupes, présentent cependant une intégrité relative. Les vaisseaux sont dilatés et leur paroi est également très infiltrée de lymphocytes. Du coté du placenta comme du coté de l'œuf, cette paroi fibro-conjonctive est en contact avec un caillot sanguin, sans aucune interposition d'éléments épithéliaux ; rien ne ressemble ici à une muqueuse ou à un chorion muqueux. A ce niveau, les villosités ne parviennent pas jusqu'à la paroi : elles en restent

séparées par un hématome dont on voit du reste la situation, à l'œil nu, sur la pièce. Notons enfin qu'en aucun point de cette paroi, examinée sur toute son épaisseur, nous n'avons rencontré de vestiges de la trompe gauche.

C. — Paroi au niveau du fond de l'utérus

Le fragment n° 3 de notre pièce intéresse la cloison de séparation entre le placenta resté dans la paroi utérine, et le kyste fœtal ; du coté du kyste fœtal, nous trouvons un caillot sanguin ; du coté de l'utérus nous retrouvons les villosités placentaires.

La paroi présente ici une structure plus différenciée que sur la coupe n° 2. La dégénérescence des éléments musculaires est beaucoup moins marquée et on retrouve facilement la disposition en deux couches : la plus externe longitudinale, l'interne plexiforme. En revanche, la dilatation vasculaire atteint ici son maximum, de même que l'infiltration lymphocytaire. Au-dessous de la couche musculaire, on trouve du tissu dont l'aspect est des plus intéressant. C'est un tissu lacunaire qui prend très faiblement les colorants, au niveau duquel nous rencontrons par place de belles cellules déciduales, tout à fait comparables à celles que nous avons déjà rencontrées sur la coupe n° 1 ; cependant, si leur morphologie est semblable, elles en diffèrent par ce fait que la coloration de leurs noyaux est moins intense, ce que nous interprétons comme un signe de dégénérescence qui expliquerait également l'aspect vacuolaire d'un certain nombre de ces cellules déci-

duales. A la limite de cette couche conjonctive, nous ne rencontrons aucun élément épithélial et un examen attentif ne nous permet pas non plus de retrouver des formations ressemblant à des franges tubaires ou à des glandes utérines.

Enfin, du côté de la cavité placentaire, nous rencontrons toujours comme dans la coupe n° 1, des villosités noyées dans de la fibrine, plus ou moins abondante.

Les rapports de la paroi et des villosités nous paraissent mériter ici toute notre attention ; alors que dans la coupe n° 1, les villosités se trouvaient toujours à une certaine distance de la musculature, et en étaient toujours séparées par de la fibrine, nous trouvons ici, en plusieurs points, des villosités, à la vérité méconnaissables ou très déformées, au contact même des éléments musculaires. En pareil cas, le revêtement cellulaire des villosités a disparu au niveau où elles se rapprochent des éléments musculaires. Une infiltration lymphocytaire extrêmement abondante la remplace et vient se perdre sous forme de semis dans le muscle. Nous avons recherché avec soin dans cette infiltration lymphocytaire des éléments rappelant les formations d'origine plasmodiale décrits par la majorité des auteurs, non seulement dans la grossesse pathologique, mais également dans la grossesse normale. A part quelques très rares éléments rencontrés au voisinage des vaisseaux et qui se présentaient sous forme de cellules rameuses de grandes dimensions, à noyaux fortement colorés et dont le type rappelait les cellules de Langhans, nous n'avons rien rencontré de comparable

à cet envahissement du muscle utérin par les éléments syncitiaux qui va dans certains cas jusqu'à la dislocation des faisceaux musculaires. En un point de notre coupe cependant, au sommet d'une villosité, nous voyons l'infiltration nucléaire se propager jusqu'à un vaisseau, dans lequel elle semble pénétrer par effraction : nous n'oserions affirmer que ces noyaux infiltrés représentent des éléments d'origine fœtale, mais cela ne nous paraît pas impossible et nous pourrions trouver ici une confirmation de la tendance destructive de ces éléments.

D. — Paroi du sac dans la partie voisine de la corne utérine

Sur la pièce sectionnée par une coupe sagittale, la corne utérine se présentait comme un petit pertuis dans lequel un fin stylet pouvait pénétrer de quelques millimètres. Dans l'idée que ce point pouvait correspondre à l'ostium utérinum, nous avons prélevé un fragment à ce niveau (n° 8) et nous y avons pratiqué une série de coupes.

Sur ces coupes, on voit que la cloison musculo-conjonctive qui sépare le placenta de la corne utérine diminue d'épaisseur au fur et à mesure qu'on se rapproche de l'ostium utérinum. Sur la coupe qui correspond au fond du pertuis (fig. 8) on a l'aspect suivant. Du coté de l'utérus, on voit la musculature de la corne utérine, tapissée de sa muqueuse ; celle-ci n'est le siège d'aucune réaction déciduales ; son épithélium de revêtement a pour ainsi dire disparu,

et le chorion muqueux est le siège d'une très forte infiltration lymphocytaire ; de nombreux culs-de-sac glandulaires, tapissés de leur épithélium cylin-

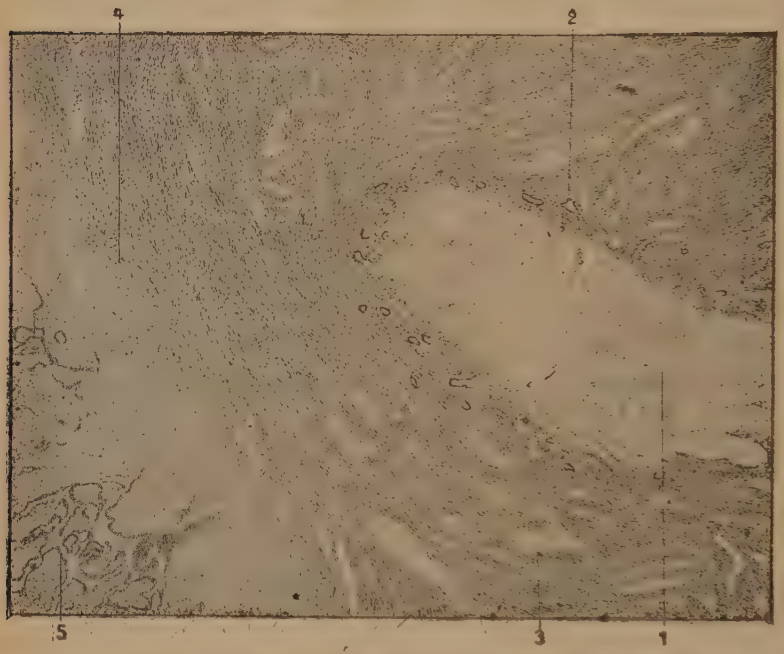

Fig. 8. — Coupe intéressant la paroi du sac ovulaire et la corne utérine.

1. — Cavité de la corne utérine, tapissée de muqueuse très altérée. — 2. Cul-de-sac glandulaire. — 3. Espace vasculaire. — 4. Cavité ovulaire, envahie par la fibrine. — 5. Villosités choriales.

drique, y sont visibles ; quelques-uns de ceux-ci pénètrent jusqu'aux fibres musculaires ; en aucun point on ne rencontre de cellules déciduales : en somme, la muqueuse utérine présente ici les mêmes caractères que nous lui trouverons au niveau du fond ou des parois : c'est une muqueuse infectée, congestionnée, qui a saigné, mais nous n'y trouvons pas de trace de caduque. Au fond du pertuis, la muqueuse

est manifestement dilacérée par le stylet qui y a été introduit.

Du côté de la cavité ovulaire, nous retrouvons les villosités noyées dans la fibrine ; de plus nous retrouvons ici ce tissu conjonctif parsemé de belles cellules déciduales que nous avons rencontré sur la coupe n° 1 : une sorte de magnat fibrineux forme la zone d'accolement des villosités et de la musculature utérine. Là où la cloison est la moins épaisse, ce qui correspond probablement à un point très rapproché de l'ostium utérinum, les fibres musculaires sont très pâles et très grèles ; mais elles sont ininterrompues et du côté de l'utérus on voit encore des débris épithéliaux. Il n'y a pas de communication entre les deux cavités, corne utérine et sac ovulaire.

Enfin dans l'épaisseur des fibres musculaires qui forment la cloison, en un point où l'infiltration lymphocytaire est abondante, nous trouvons sur la paroi d'un espace vasculaire de beaux noyaux ovalaires, faiblement colorés, sans limites cellulaires environnantes et qui se présentent en amas ; de ces amas, on voit ces éléments se répandre dans la musculature où ils ne tardent pas à se perdre. Il ne nous a pas été possible de déterminer l'origine de ces éléments dont la prolifération est, en certains points, considérable. Bosse, dans son mémoire, décrit et reproduit dans ses figures des formations identiques ; il leur reconnaît une origine fœtale et les assimile à des éléments migrateurs issus des villosités (Fœtal zellen). Ce que nous savons des éléments syncytiaux et de leur aspect habituel, ne nous permet pas d'ac-

cepter cette manière de voir. Nous pensons qu'il s'agit plutôt soit d'éléments endothéliaux d'origine vasculaire qui auraient proliféré, soit plus simplement de noyaux conjonctifs œdématiés.

De l'examen de ces coupes, il résulte donc, qu'en aucun point le tissu placentaire de l'œuf n'a empiété sur la muqueuse utérine. Bien au contraire l'ostium utérinum loin d'être dilaté semble avoir été comprimé par la distension du sac ovulaire; pour être tout à fait affirmatif sur ce point, il nous faudrait retrouver à la suite de la muqueuse utérine des rudiments de muqueuse tubaire, ce qui serait la preuve indéniable que notre examen a porté sur l'ostium utérinum. Si quelques auteurs, comme Wægeli, ont pu découvrir l'orifice utérin de la trompe au cours de leurs recherches histologiques, ils avouent que c'est par un heureux hasard, sur lequel on ne peut guère compter. Nous nous expliquons d'autant mieux notre échec qu'il s'agit d'un œuf vieux, arrivé à un stade de développement assez avancé et envahi par la fibrine, et que par conséquent les rapports des différentes parties de l'œuf se trouvent masqués plus que sur un œuf jeune. Et en ce qui concerne cette partie de la pièce nous trouvons la confirmation de ce que nous avons vu sur notre première coupe : qu'il s'agit ici nettement d'une grossesse dont l'évolution tout entière s'est passée dans la trompe interstitielle jusqu'au moment où elle s'est échappée au dehors de la paroi utérine.

E. — Paroi du sac au point d'effraction

La seconde coupe transversale de notre pièce nous ayant permis d'aborder l'orifice par lequel le fœtus s'était échappé de la cavité primitive d'implantation de l'œuf, nous avons prélevé un fragment de la paroi du sac, sur le bord même de l'orifice. D'après nos prédécesseurs, c'est en effet en ce point que l'envahissement des éléments d'origine fœtale atteint son maximum et Lequeux insiste sur ce fait comme favorisant la rupture. De fait, sur nos coupes le contact entre les villosités choriales et la paroi nous a paru ici beaucoup plus intime que sur les autres points examinés. Les villosités noyées dans une couche de fibrine se trouvent au contact même des éléments musculaires; en un point qui retient particulièrement notre attention, nous trouvons le squelette de deux villosités coupées transversalement et qui ont perdu leurs couches de cellules de revêtement; une couche de fibrine les entoure et elles sont noyées dans un tissu vacuolaire amorphe où nous trouvons des éléments lymphatiques, de belles cellules déciduales et des éléments assez semblables à ces dernières, mais de dimensions plus restreintes et qui présentent une affinité très grande pour les colorants : peut-être s'agit-il là de cellules d'origine fœtale. A proximité de ces villosités, nous trouvons un faisceau de fibres musculaires qui en se rapprochant des villosités perd toute individualité et dont les éléments de plus en plus dégénérés viennent se confondre avec le tissu vacuolaire et la fibrine. Il

s'agit peut-être là d'un exemple du pouvoir destructif des éléments d'origine fœtale.

II. — Paroi du kyste fœtal.

Pour cette étude nous avons prélevé un fragment de la paroi du kyste au pôle supérieur de la tumeur et de telle façon qu'il comprenait en plus de la paroi une partie du fœtus qui y était accolé (fragment n° 7). Les coupes pratiquées dans ce fragment montrent que la paroi du kyste est constituée par : le péritoine dont l'endothélium, mal fixé a presque entièrement disparu ; le tissu sous-séreux, très infiltré également qui se présente sous forme d'un réseau irrégulier parsemé d'éléments lymphatiques ; enfin par une couche musculaire mince, très dégénérée, dont les fibres longitudinales sont pâles, mal limitées et dont les noyaux ont peu d'affinité pour les colorants : ici aussi nous avons l'impression d'un tissu étiré, en voie de transformation fibreuse. Les capillaires y sont nombreux mais de petites dimensions. Dans la partie la plus rapprochée de la cavité kystique, nous voyons dans certains points ces fibres musculaires dissociées par l'invasion des globules sanguins provenant du caillot qui remplit la presque totalité du kyste et dont on voit la masse s'interposer entre la paroi et le fœtus. Celui-ci présente ses tissus nettement différenciés : on aperçoit en particulier sur la coupe des éléments de l'ectoderme, des faisceaux musculaires coupés en travers et noyés dans du tissu conjonctif embryonnaire ; enfin le

squelette se dessine déjà, sous forme de beaux amas de cellules cartilagineuses.

De l'aspect de cette coupe, un point est à retenir : la paroi du kyste est constituée en partie par des fibres musculaires provenant probablement de l'utérus : il n'y a donc pas eu à proprement parler rupture, mais plutôt effraction du fœtus par hernie de la paroi.

III. — Muqueuse utérine.

Nous avons examiné la muqueuse de la cavité utérine sur plusieurs fragments prélevés à différents niveaux, en particulier sur les parois latérales et le fond. L'aspect de toutes les coupes que nous avons pratiquées est sensiblement le même, quelle que soit la hauteur où le fragment a été prélevé, et la coupe dont nous allons donner la description, qui correspond au fragment n° 5 de notre schéma, peut être considérée comme donnant les caractéristiques essentielles de la muqueuse utérine de notre pièce (fig. 9).

Le revêtement épithélial ne subsiste plus qu'à de rares intervalles. Il est constitué par une seule assise de cellules cylindriques dont les contours sont peu nets : le séjour prolongé dans le formol semble avoir fâcheusement influencé la morphologie de ces cellules. En certains points, l'épithélium est un peu épaissi ; on note même quelquefois une tendance à la prolifération cellulaire qui se traduit par des groupements de cellules en amas. Leur noyau est arrondi, souvent assez mal coloré, leur cytoplasma est en

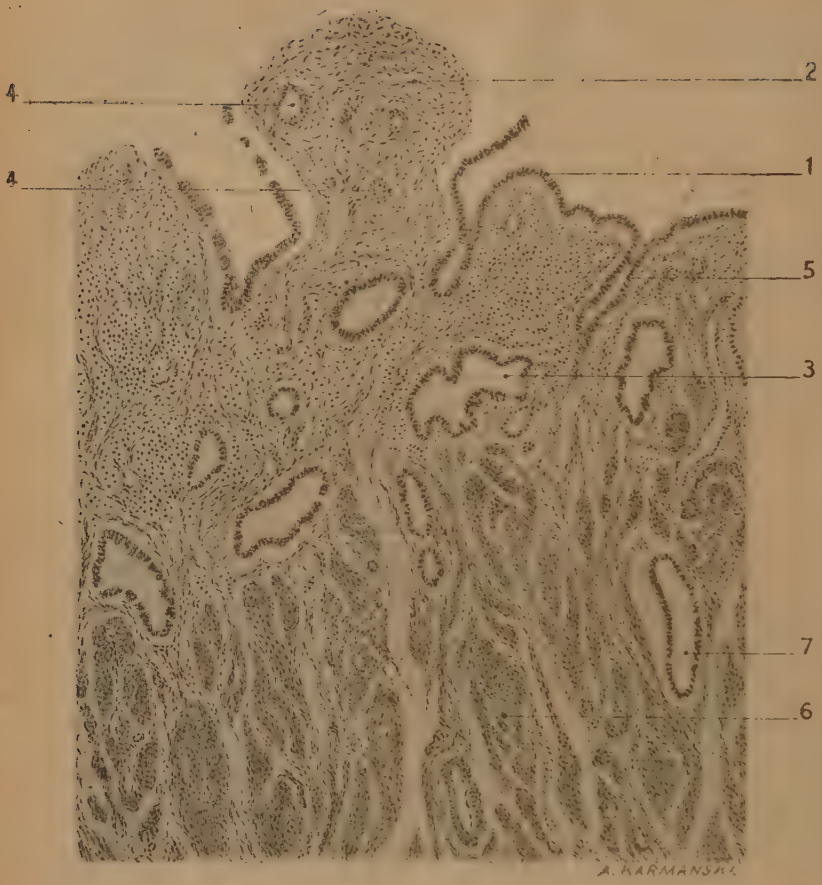

Fig. 9. — Muqueuse de la cavité utérine.

1. Epithélium cylindrique. — 2. Bourgeon du chorion muqueux au niveau duquel l'épithélium a éclaté. — 3. Cul-de-sac glandulaire. — 4. Capillaires sanguins. — 5. Goulot d'une glande. — 6. Faisceaux musculaires. — 7. Cul-de-sac glandulaire intra-musculaire.

général granuleux ; l'aspect rappellerait celui d'un épithélium en voie de dégénérescence. Sur la figure que nous reproduisons, on voit une sorte de bourgeon, formé par le stroma muqueux, qui semble avoir fait éclater cet épithélium de recouvrement, dont les morceaux flottent dans la cavité utérine.

Le chorion muqueux est constitué par des faisceaux extrêmement grêles de tissu conjonctif, avec quelques cellules étoilées ou fusiformes, le tout également en voie de dégénérescence. Ce qui frappe le plus à l'examen de cette coupe, c'est l'infiltration lymphocytaire extrêmement abondante qui a envahi tout le chorion muqueux et se présente sous la forme d'un semis très dense. Les vaisseaux sont nombreux et dilatés : sur notre figure on voit nettement, très près de la surface de la muqueuse, deux petites artérioles dont la paroi est épaissie, et une veinule dilatée. Au sein de ce tissu muqueux, nous trouvons des cavités glandulaires nombreuses, toutes ectasiées, dont les unes sont régulières, se présentant à la coupe sous une forme circulaire ; les autres sont plus ou moins ondulées et irrégulières. L'épithélium de ces cavités glandulaires a sensiblement le même aspect que l'épithélium de revêtement de la muqueuse : une seule couche de cellules cylindriques basses, à protoplasma granuleux, avec de gros noyaux arrondis occupant la base de la cellule ; la bordure ciliaire n'existe plus ; la cavité glandulaire, spacieuse, est libre. Le plus souvent, en raison de la disparition de l'épithélium de revêtement, on ne voit pas l'ouverture de ces culs-de-sac dans la cavité utérine. Les quelques tubes que nous pouvons suivre jusqu'à la surface de la muqueuse sont peu dilatés et présentent l'aspect classique des tubes glandulaires en doigt de gant. Leur épithélium se continue avec celui de la muqueuse utérine et son aspect est sensiblement le même. Les culs-de-sac sont nombreux, en particulier au niveau de la cou-

che profonde du chorion muqueux, au voisinage immédiat de la couche musculaire ; un certain nombre d'entre eux sont du reste visibles en plein tissu musculaire, où nous les voyons se dessiner entre les faisceaux du muscle utérin. Celui-ci dans sa partie adjacente à la muqueuse se présente sous la forme de faisceaux séparés les uns des autres par des cloisons de tissu conjonctif, elles-mêmes très infiltrées de lymphocytes ; les vaisseaux sont là aussi nombreux et dilatés, particulièrement dans la couche profonde qui est plexiforme et ne contient pas de culs-de-sac glandulaires.

En aucun point de la muqueuse utérine et quel que soit l'endroit où elle est examinée, on ne relève la présence de cellules déciduales ; rien ne rappelle non plus la disposition classique de la caduque utérine, avec ses deux couches compacte et spongieuse : il s'agit tout au plus d'une muqueuse telle qu'on l'observe dans les cas où il y a une légère infection, avec des vaisseaux et des glandes dilatés et dont le chorion muqueux est le siège d'une infiltration embryonnaire abondante ; tout au plus, pourrait-on admettre que notre coupe représente la couche spongieuse d'une caduque dont la couche compacte aurait été éliminée sous forme de membrane, comme c'est le cas fréquemment au cours des grossesses extra-utérines. Sans tenir compte du fait que l'observation de la malade ne relate rien de semblable à l'expulsion d'une caduque, nous ne pensons pas qu'on puisse songer à cette occurrence d'après l'examen histologique de la muqueuse. En pareil cas, en effet, la zone de clivage entre la couche compacte

et la couche spongieuse n'est pas tellement nette que des groupes de cellules déciduales ne soient encore visibles dans le chorion restant ; l'hypertrophie des cellules épithéliales glandulaires et des cellules conjonctives est manifeste ; la vascularisation est beaucoup plus intense : c'est ce que Wægeli a retrouvé sur les restes d'une caduque qui avait été curettée. Dans notre cas, rien de semblable ; de plus l'épithélium de revêtement persiste sur quelques points, et il nous faut *renoncer à admettre la présence d'une caduque utérine dans cet exemple de grossesse interstitielle.*

IV. — Description des deux trompes.

Nous avons prélevé un fragment de la trompe gauche au niveau de la portion isthmique, au ras de l'utérus. Au centre de nos coupes nous apercevons la trompe sectionnée transversalement. Sa couche musculaire est un peu hypertrophiée; les fibres longitudinales externes se confondent avec les éléments musculaires du ligament large. La couche interne, régulièrement circulaire, est traversée par de nombreux vaisseaux dilatés, en particulier dans sa moitié inférieure : ces vaisseaux proviennent des gros troncs vasculaires qu'on aperçoit dans la base du ligament large. La muqueuse tubaire est d'aspect normal ; les franges, très basses à ce niveau, sont au nombre d'une douzaine environ, dont quelques-unes sont accolées simulant des culs-de-sac glandulaires. Le chorion muqueux est peu épais : on y trouve des fibres musculaires issues de la couche circulaire,

quelques noyaux conjonctifs, une forte infiltration leucocytaire et des capillaires dilatés. Quant à l'épithélium, il est constitué par une seule assise de cellules prismatiques ; leurs noyaux volumineux et très fortement colorés occupent la plus grande partie de la cellule ; on devine plutôt qu'on ne voit la bordure ciliaire. La lumière de la trompe probablement très altérée par la fixation, est libre.

En dehors de la trompe, nous trouvons des fibres musculaires et du tissu conjonctif parsemé de vaisseaux extrêmement dilatés et recouverts par l'endothélium péritonéal très infiltré. Au-dessus de la trompe, nous rencontrons deux petits canaux sectionnés transversalement, constitués par une paroi musculaire circulaire et tapissée par un épithélium cylindrique bas semblable à celui des franges tubaires ; l'un de ces canaux, un peu plus grand que le second, est en plein tissu musculaire ; le plus petit est sous-péritonéal. Nous les considérons comme des diverticules de la trompe en raison de leur structure et de leur situation sous-péritonéale et au-dessus de la trompe.

Du côté droit, nous avons aussi examiné la structure de la trompe : elle est en tout point semblable à celle du côté gauche et nous n'y avons noté aucune lésion de salpingite. Au niveau du petit kyste hématique de la partie ampullaire, les lésions sont minimes : un peu de suffusion sanguine dans le chorion muqueux et, par places, une légère prolifération de l'épithélium de revêtement des franges, qui ont leur aspect dentelé normal.

Ovaire droit

Nous avons pratiqué des coupes de l'ovaire droit, qui, seul, a été enlevé. La structure de cet ovaire est absolument normale : le seul point à signaler est que nous avons rencontré dans cet ovaire un corps jaune de grossesse en voie de régression et qu'il s'agit probablement du corps jaune de la grossesse survenue du côté opposé.

SECONDE OBSERVATION

Mme X..., 30 ans, entre dans une clinique privée le 27 mai 1903. Ses dernières règles étaient survenues à l'époque habituelle, un mois environ auparavant sans aucun retard. La malade les a vu cesser brusquement, puis quelques jours après des métrorragies apparurent peu abondantes, mais continuelles, sans douleurs appréciables.

A l'examen on sentait un utérus très légèrement augmenté de volume, avec au niveau de la corne droite, une petite tumeur arrondie du volume d'une grosse noix, et donnant l'impression d'un corps fibreux interstitiel. On ne sentait rien de particulier du côté des annexes. Le professeur Pozzi fit le diagnostic de grossesse ectopique en réservant cependant la possibilité d'un fibrome de la corne droite. La malade fut opérée le 28 mai 1903.

Intervention. — Hystérectomie abdominale sub-totale avec ablation consécutive des annexes par le procédé de Terrier. Suites opératoires simples.

Etude anatomo-pathologique

Ce que nous avons dit de l'anatomie de la pièce provenant de notre première malade nous permettra d'examiner plus brièvement les caractères macroscopiques de cette seconde pièce opératoire. Elle

est constituée par l'utérus et les annexes des deux côtés.

L'ensemble de l'utérus, vu par sa face externe est violacé, congestionné : sa couleur est celle d'un utérus gravide. Il est légèrement augmenté de volume, et a la forme d'un ovoïde dont la grosse extrémité correspondrait au bord gauche, tandis que la pointe correspondrait à la corne droite ; celle-ci, en effet, est étirée dans le sens transversal, et c'est sur la partie droite de l'utérus qu'a porté l'augmentation de volume. Les bords de l'utérus sont arrondis ; le fond est presque horizontal, il n'est nullement ascendant du côté droit. Lorsqu'on palpe la corne droite hypertrophiée, on sent qu'elle est constituée par une petite nodosité, du volume d'une noix, régulièrement arrondie et dure, qui fait une très légère saillie sur le reste de l'utérus. Elle n'empiète en rien sur la trompe de ce côté. Le ligament rond du côté droit s'insère sur la face antérieure et en avant de la nodosité dont l'axe se confond avec celui de la trompe ; il est légèrement écarté de l'abouchement de la trompe dans l'utérus. Le niveau de cette insertion est sensiblement le même que du côté gauche.

Les trompes et les ovaires ne présentent rien de spécial ; en particulier la longueur de la trompe droite est sensiblement la même que celle de la trompe gauche.

Lorsqu'on pratique une section transversale de l'utérus dans toute sa hauteur et qu'on le divise ainsi en deux moitiés à peu près égales (fig. 10), on constate que ses parois sont sensiblement épaissies. La cavité utérine est légèrement dilatée ; la muqueuse est

rouge, congestionnée et a perdu son velouté. La dilatation de la cavité utérine porte également sur les cornes : la gauche a la forme d'un angle arrondi au fond duquel on aperçoit l'ostium utérinum. Du côté droit la corne hypertrophiée est occupée par une petite masse de couleur rouge violacé et développée

Fig. 10. — Grossesse interstitielle. Pièce coupée transversalement.

très nettement au niveau de la portion interstitielle de la trompe ; cette masse a l'aspect caractéristique du tissu placentaire. Il s'agit sans aucun doute d'une grossesse interstitielle et la section a intéressé partiellement la cavité de l'œuf. Un petit prolongement de l'œuf s'insinue dans la cavité utérine. L'ostium utérinum est en effet complètement dilaté : il subsiste cependant sous la forme d'un collier qui étrangle la partie herniée de la masse interstitielle si bien que celle-ci apparaît sur la coupe comme divisée en deux portions inégales par le sillon d'étranglement, la portion de beaucoup la plus importante étant intramurale. Cette partie de l'œuf est adhérente à la paroi

utérine, l'interne au contraire, qui a franchi l'ostium utérinum, est libre de toute adhérence avec la cavité utérine : elle est constituée surtout par un caillot du volume d'une noisette. En résumé, on a l'impression qu'il s'agit d'une grossesse très jeune développée dans la portion interstitielle de la trompe et dont l'évolution est arrêtée.

Anatomie microscopique

Par suite du désir du professeur Pozzi de garder autant que possible la physionomie de la pièce, l'examen histologique n'a porté que sur un seul fragment prélevé à l'union de la masse et de la paroi utérine dans laquelle elle était incrustée et avec laquelle elle faisait corps.

Fixation au sublimé acétique. Inclusion à la paraffine. Coloration à l'hématéine-éosine et à l'hématéine Van Gieson.

Les coupes vont nous permettre d'examiner la constitution de la paroi et les rapports de l'œuf avec cette paroi.

En les examinant à un faible grossissement on reconnaît immédiatement qu'il s'agit en effet d'une grossesse interstitielle : on voit très nettement les villosités choriales, noyées dans un coagulum cruorique et insérées sur une coque musculaire.

1° *Constitution de la paroi.*

Examinée de dehors en dedans, c'est-à-dire de la paroi utérine vers l'œuf, la paroi apparaît constituée par une couche musculaire de fibres lisses, un peu

infiltrées par de l'œdème, mais ne paraissant pas avoir subi de modifications appréciables; les noyaux musculaires sont de taille normale et se colorent bien. A la périphérie, les fibres musculaires sont en majorité longitudinales ; elles sont transversales ou plus ou moins obliques dans la partie profonde. Dans la

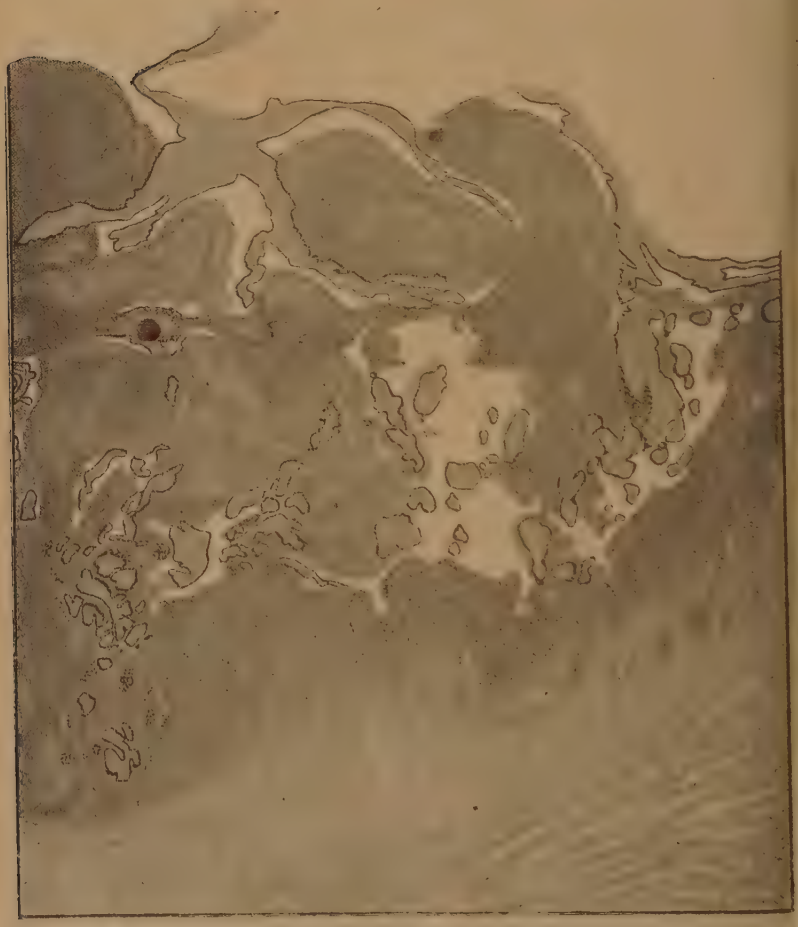

Fig. 11. — Grossesse interstitielle. — Cavité ovulaire. — On voit les villosités noyées dans la fibrine et la paroi musculaire.

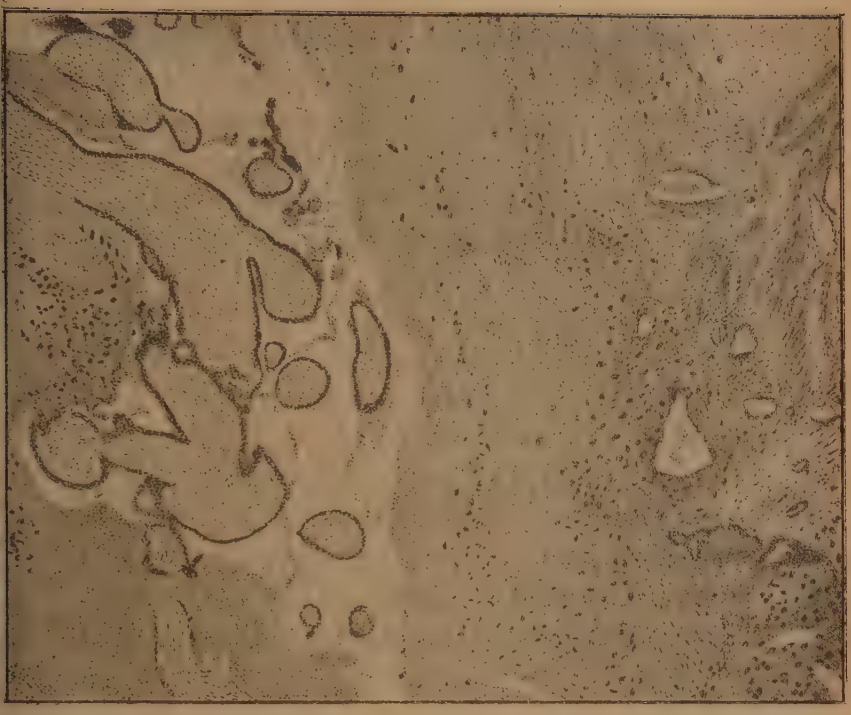

Fig. 12. — Coupe montrant les rapports des villosités et de la paroi. Notez la réaction déciduale à la limite des fibres musculaires.

Fig. 13. — Villosité choriale dont les éléments de revêtement se déversent dans la fibrine et les tissus environnants.

zone de la greffe de l'œuf, on est immédiatement frappé par ce fait qu'il n'existe pas à proprement parler de caduque : il s'est bien produit une certaine réaction déciduale, mais celle-ci n'a pas abouti à la production d'une zone cellulaire continue. Les cellules déciduales sont disposées par groupes de quelques éléments ou forment un semis de cellules noyées dans une zone partiellement nécrosée, infiltrée de sang et de pigments, avec une réaction leucocytaire discrète. Ces cellules déciduales sont cependant parfaitement reconnaissables avec leur corps polyédrique, quelquefois arrondi, leur protoplasma granuleux, leur noyau arrondi ou ovalaire, parsemé de fines granulations de chromatine. Certains de ces groupes de cellules déciduales sont incrustés dans la musculature, d'autres sont noyés dans la fibrine, d'autres enfin sont immédiatement au contact des éléments du chorion fœtal. Les vaisseaux de la paroi paraissent légèrement dilatés avec, par places, de petites hémorragies interstitielles de la paroi. En résumé, la paroi de l'œuf est constituée par une couche de fibres musculaires utérines doublée d'une zone de fibrine au niveau de laquelle on reconnaît les vestiges plus ou moins altérés d'une réaction déciduale discrète. En aucun point nous n'avons rencontré de vestiges d'épithélium tubaire.

2° *Rapport de l'œuf avec la paroi.*

Les villosités choriales apparaissent, sur la coupe, sectionnées suivant un axe longitudinal, transversal, ou plus ou moins oblique et dessinent en consé-

quence les figures les plus variées, aussi bien au point de vue de la forme que de la dimension. Elles sont noyées dans un véritable bloc de fibrine, infiltrées de sang et de pigments, avec une réaction leucocytaire moyenne. Le squelette des villosités est en certains points bien conservé ; ailleurs il a subi un processus de nécrose plus ou moins marqué, aboutissant par places à la dégénérescence hyaline. Le revêtement des villosités offre les mêmes variations ; au niveau des zones les plus proches de la cavité de l'œuf il a quelquefois presque complètement disparu et les villosités ne sont plus guère reconnaissables qu'à leur stroma. Ailleurs, il est mieux conservé et l'on reconnaît nettement la bordure syncytiale, polynucléée, doublée à sa face profonde par des cellules de Langhans nettement reconnaissables, formant en certains points deux ou trois assises superposées. En certains points le syncytium bourgeonne activement, formant des prolongements de dimensions variables, quelques-uns volumineux, parsemés de gros noyaux qui fixent vivement les colorants.

Les villosités les mieux conservées, celles aussi qui présentent la vitalité la plus grande, sont les plus périphériques, celles qui sont au contact de la musculature utérine dans laquelle elles s'insinuent parfois assez profondément. Notons que c'est en ce point que la réaction déciduale est le moins accentuée : elle fait même complètement défaut par endroits. La villosité s'enfonce dans le muscle dont elle refoule les fibres à la manière d'un coin. L'épithélium est fortement coloré ; la bordure syncytiale présente de nombreux bourgeons polynucléés. On observe là

l'aspect classique de l'envahissement des tissus maternels par les éléments fœtaux. On voit en effet des cellules syncytiales migratrices, ovalaires ou fusiformes, à corps protoplasmique vivement coloré, à noyaux denses et également très colorés par l'héma-

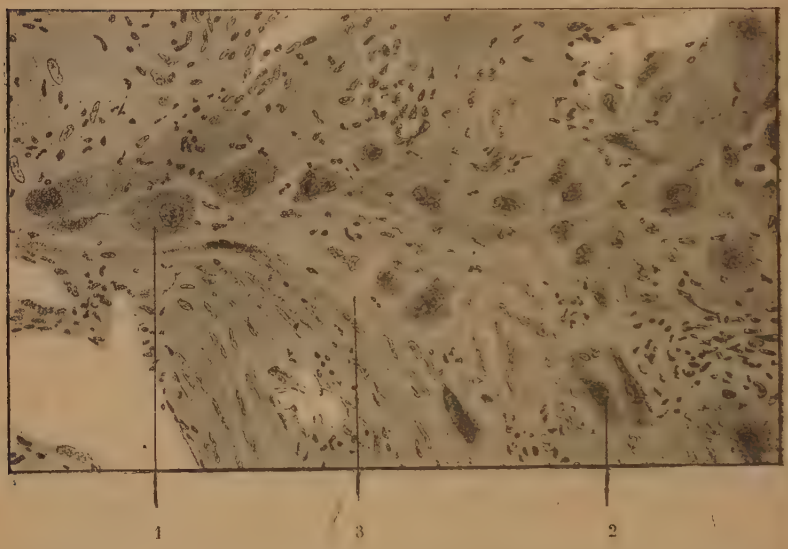

Fig. 14. — Envahissement de la paroi par les éléments d'origine fœtale. 1. Cellule déciduale. — 2. Cellule d'origine fœtale. — 3. Fibrine.

téine, s'insinuer à distance entre les fibres musculaires ; en certains points les cellules syncytiales forment de petits îlots ; elles prennent alors une forme irrégulièrement polygonale par pression réciproque. Certains de ces éléments sont en voie de régression et de nécrose plus ou moins avancée. Il n'est point alors toujours très aisé de les différencier d'avec les cellules déciduales, qui sont elles aussi en voie de nécrose, d'autant plus que les unes et les autres sont

souvent noyées dans une couche de fibrine qui en estompe encore les contours.

En aucun point nous n'avons rencontré l'envahissement des vaisseaux par des masses syncytiales.

En résumé nous retrouvons donc ici l'aspect que nous avions déjà trouvé sur notre première pièce avec cette différence cependant que l'envahissement de la paroi par les villosités ou par leurs éléments semble encore plus marqué.

TROISIÈME OBSERVATION

Notre troisième observation concerne une malade chez laquelle la laparotomie fut pratiquée pour grossesse interstitielle gauche rompue. Mais ici l'hystérectomie ne fut pas pratiquée et en raison de la disposition de cette grossesse interstitielle, on put se contenter de faire une résection cunéiforme de la corne utérine gauche avec ablation des annexes du même côté.

Mme R..., 23 ans, entre à la Clinique le 2 juillet 1911. Point d'antécédent héréditaire intéressant. La malade a été réglée à 13 ans, toujours très régulièrement, sans douleurs ; les règles sont assez abondantes durant cinq à six jours en moyenne. Mariée à 20 ans, elle a eu presque aussitôt une grossesse normale, avec accouchement normal et des suites de couches sans incidents. Depuis cet accouchement, elle avait eu par intervalles une légère leucorrhée. Au mois de juin 1911, la malade présentait un retard de règles de trois semaines. Elle se croyait enceinte et avait eu des nausées et des vomissements, comme lors de sa première grossesse. Le 20 juin, elle eût une perte hémorragique assez abondante qui se prolongea pendant trois ou quatre jours ; elle crut que c'était le retour de ses règles, mais après une période d'arrêt de cinq jours, l'hémorragie survint à nouveau et continua sans interruption jusqu'à la fin du mois. Cette perte n'était

pas très abondante mais pour ainsi dire continuelle ; en même temps la malade avait eu quelques légères douleurs dans l'abdomen.

La malade fut vue le 25 juin 1911, par le Dr Bender. A l'examen, on constatait que l'utérus était sensiblement augmenté de volume, et présentait au niveau de la corne gauche une grosse nodosité nettement perceptible et sensible au toucher. Cette masse n'était pas constituée par les annexes, que l'on sentait très nettement en dehors d'elle ; les annexes gauches étaient saines. Le diagnostic hésitait à ce moment entre celui de fibrome et celui de grossesse interstitielle, penchant cependant pour cette dernière hypothèse en raison de l'anomalie constatée dans les règles et des métrorragies qui avaient succédé à cette période d'aménorrhée. La suite démontra que cette supposition était exacte. En effet, le 3 juillet 1911, la malade fut prise brusquement de violentes douleurs dans le bas-ventre accompagnées de tendance à la syncope. Le Dr Bender la vit le lendemain matin, fit le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue et se décida à intervenir d'urgence.

Intervention le 4 juillet 1911. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane, sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, on trouve dans le pelvis une certaine quantité de sang liquide et un volumineux caillot du poids de 200 grammes. On attire l'utérus dans la plaie et on constate au niveau de sa corne gauche une nodosité du volume d'une noix, d'une coloration franchement noirâtre et à la surface de laquelle existe une fissure profonde, béante, longue de 2 centimètres environ et de direction à peu près transversale. C'est cette fissure qui a été le point de départ de l'hémorragie et elle suinte encore légèrement. L'état de l'utérus fut examiné avec soin car il

paraissait pénible de faire l'hystérectomie chez une femme de 23 ans. Il parut possible de tenter une opération conservatrice, consistant dans la résection de la corne gauche. On lie et on sectionne le pédicule utéro-ovarien gauche, puis, on resèque la corne gauche au moyen d'une incision cunéiforme que l'on fait suivre d'une suture très soigneuse en trois plans. L'hémorragie ne fut pas très abondante et la paroi utérine fut suturée au catgut chromé. Suture de la paroi en trois plans sans drainage. Les suites opératoires furent très simples : la malade quitta la clinique le dix-neuvième jour en excellent état. Elle a été revue depuis à plusieurs reprises en excellente santé.

Étude anatomique de la pièce

N'ayant pas eu ici la possibilité d'examiner l'utérus en entier, nous nous sommes contentés de pratiquer un examen histologique de la tumeur ovulaire.

Le fragment prélevé, qui comprenait toute la surface de section du noyau développé dans la corne utérine a été fixé au formol et inclus à la paraffine. Les coupes ont été colorées à l'hématéine-éosine et à l'hématéine Van Gieson.

En examinant les coupes à un faible grossissement on reconnaît immédiatement qu'il s'agit d'une grossesse interstitielle et l'on est frappé par l'analogie qui existe entre les lésions constatées et celles qui existaient dans le cas précédent. La surface de la coupe est formée par un gros caillot incrusté dans la musculature utérine et au milieu duquel se reconnaissent facilement les villosités choriales.

Le tissu musculaire entourant la zone d'implantation de l'œuf ne présente pas de modifications notables. Les vaisseaux cependant sont fortement dilatés et il existe une infiltration leucocytaire assez abondante. Il n'existe pas de caduque vraie ; mais il s'est produit cependant, un certain degré de réaction déciduale. Les cellules déciduales, parfaitement caractérisées par leur corps polyédrique ou arrondi, leur protoplasme abondant, leur noyau finement granuleux, forment en certains points de petits îlots comprenant de 6 à 12 éléments ; le plus souvent elles sont irrégulièrement disséminées dans les couches de fibrine qui infiltrent les travées musculaires. Beaucoup présentent des lésions de nécrose et sont difficilement reconnaissables.

Les villosités choriales, noyées dans le caillot sanguin dessinent les figures les plus variées suivant que leur axe a été intéressé par la coupe parallèlement, perpendiculairement ou plus ou moins obliquement. Un certain nombre d'entre elles, particulièrement celles qui sont situées au centre du caillot, au niveau de la région qui a été le plus altérée par l'hémorragie, sont presque complètement nécrosées et à peine reconnaissables. On ne distingue que leur stroma, profondément altéré et dont les contours sont limités par une bordure de fibrine condensée, plus violemment teintée en rose par l'éosine. Aux alentours on trouve parfois quelques cellules déciduales encore distinctes. Ailleurs et à mesure que l'on se rapproche de la périphérie du caillot les villosités choriales apparaissent beaucoup mieux conservées. Leur charpente conjonctive est normale, avec ses vaisseaux

perméables et remplis de sang. Le revêtement des villosités choriales est en règle générale bien conservé. La bordure syncytiale présente son semis de noyaux : elle est doublée à sa face profonde par des cellules de Langhans, assez irrégulièrement disséminées.

En de nombreux points, le syncytium présente des bourgeonnements plus ou moins volumineux, criblés de noyaux, qui fixent fortement l'hématéine.

C'est dans la partie périphérique, au niveau où les villosités choriales sont en contact avec la musculature utérine que la prolifération syncytiale atteint son degré maximum. Les bourgeons polynucléés sont nombreux, volumineux ; certains flottent librement dans les espaces intervilleux ou sont enrobés dans de la fibrine. Certaines villosités sont profondément enchâssées dans le muscle et l'on voit se détacher le revêtement des cellules syncytiales migratrices qui s'enfoncent assez profondément en dissociant les fibres musculaires. Ces cellules sont le plus souvent fusiformes, avec un gros noyau ovalaire fortement coloré. Elles se différencient facilement des cellules déciduales dans les zones où la vitalité des éléments est bien conservée ; ailleurs, dans les zones partiellement nécrosées, la différentiation est souvent moins facile.

En aucun point de nos préparations nous n'avons trouvé trace du canal tubaire.

DEUXIÈME PARTIE

Quand on consulte les nombreuses observations de grossesse interstitielle et les nombreux mémoires qui ont paru sur cette question, on est frappé d'abord par l'analogie que présente toutes les observations cliniques ; presque toujours il s'agit d'une femme qui, après un retard de règles, lequel dépasse rarement trois mois, est prise de douleurs abdominales plus ou moins, violentes avec des symptômes d'hémorragie interne ; selon l'intensité de ces symptômes, elle est opérée à ce moment ou bien, sous l'influence d'applications de glace sur l'abdomen et de repos au lit, les symptômes s'amendent : pour peu de temps du reste, car dans un délai d'un mois au plus les douleurs et les hémorragies se reproduisent et l'intervention s'impose ; en pareil cas on pense presque toujours à une grossesse tubaire rompue, rarement, exceptionnellement pourrions-nous dire, l'idée de grossesse interstitielle est éveillée, et le diagnostic exact n'est établi qu'au cours de l'intervention. Bien plus, lorsqu'on analyse chaque observation publiée, il arrive bien souvent que, de l'aveu même de l'auteur, le diagnostic certain, pièce en mains, reste encore hésitant, la part qui revient à la

trompe d'un côté, à l'utérus de l'autre, dans la constitution de la grossesse restant indéterminée.

Le but que nous nous proposons dans la seconde partie de cette étude est d'examiner les raisons qui font que les grossesses interstitielles sont si souvent méconnues. En dehors de leur rareté, les grossesses interstitielles présentent comme nous venons de le voir, un ensemble de symptômes qui ne diffèrent en rien de ceux des autres grossesses extra-utérines. L'examen attentif de la femme peut cependant dans les cas favorables, mettre sur la voie du diagnostic : c'est pourquoi nous étudierons d'abord la valeur des caractères macroscopiques propres aux grossesses interstitielles, tels qu'ils sont généralement décrits, et ceci en les comparant à ce que nous avous trouvé dans nos trois cas. Nous examinerons ensuite les caractères histologiques qui seuls permettent un diagnostic non seulement de la grossesse interstitielle, mais de sa variété.

ANATOMIE MACROSCOPIQUE

Comme nous le remarquons au début de notre étude les observations de grossesses interstitielles, sont nombreuses dans la littérature médicale ; mais l'impression qui se dégage de la lecture de ces observations, pour ne nous en tenir qu'à l'étude des pièces décrites, est la grande diversité de leur aspect : c'est ce que Muret faisait déjà remarquer dans son travail et ce que quelques exemples nous montreront d'une façon évidente. C'est ainsi que Bosse a trouvé près de l'insertion de la trompe gauche sur l'utérus, une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie développée en haut, au niveau de la paroi de l'utérus et en bas jusqu'à la naissance du ligament rond ; cette tumeur présentait un orifice arrondi, à bords irréguliers de 12 millimètres de diamètre qui permettaient de pénétrer dans la cavité ovulaire.

Maygrier présente à la Société d'Obstétrique un utérus asymétrique par développement exagéré de la corne droite avec, au niveau du fond de l'organe et sur la ligne médiane, une petite perte de substance par laquelle s'est échappé un fœtus de 3 mois 1/2.

Léopold décrit un utérus élargi dans sa partie supérieure et flanqué d'une tumeur largement accolée à son bord externe dont l'extrémité supérieure ne dépasse pas le niveau du fond de l'utérus.

Dans le cas de Henkel, il s'agit d'une tumeur située à la naissance de la trompe droite, de la grosseur d'une pomme, adhérente à l'intestin et à l'appendice, et qui fut trouvée pleine de pus : on retrouva cependant des villosités à l'intérieur de cette poche kystique.

Bonnaire et Brac ont trouvé un utérus asymétrique par développement de la corne gauche ; dans l'intérieur de la paroi ils découvrent une géode du côté de l'angle gauche, séparée par une lame musculaire de la cavité utérine.

Rosenthal décrit un cas assez semblable à notre première pièce où le fond de l'utérus est comme prolongé par une tumeur arrondie analogue à certains fibromes sous-séreux.

Bar et Mercier montrent qu'il est des cas où l'œuf se greffe bien dans la trompe, mais si près de l'ostium tubœ que celui-ci cède peu à peu et que l'œuf peut pénétrer dans la cavité utérine. Un an plus tard, Bar et Bufnoir présentent un utérus vide avec au-dessus de la cavité utérine, un kyste contenant un fœtus de 1.025 grammes ; cette poche est manifestement développée dans le tissu de l'utérus ; elle est séparée de la cavité utérine par une cloison musculaire.

Wægeli dans ses deux observations décrit à peu de choses près une disposition semblable : corne utérine fortement herniée et formant une tumeur rompue.

Nous pourrions multiplier ces exemples : ils nous montrent combien l'anatomie pathologique de la grossesse interstitielle est variée, comme le prou-

vent les nombreuses classifications qui en ont été proposées. Il s'ensuit également que les signes qui permettent de les reconnaître se modifient selon les cas particuliers. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de vérifier la valeur de chacune des caractéristiques considérées comme classiques de la grossesse interstitielle. Trois conditions anatomiques doivent être remplies par une pièce, de par son seul aspect macroscopique, pour qu'on puisse la classer parmi les grossesses interstitielles.

I. — Signe de Ruge-Simon.

La première condition est connue généralement sous le nom de signe de Ruge-Simon ; elle est réalisée par le redressement du fond de l'utérus, du côté de la corne gravide ; c'est ce que certains auteurs appellent encore la verticalisation du fond de l'utérus. On conçoit en effet, que sous l'influence du développement de l'œuf l'utérus devienne asymétrique : il prend une forme de cône, dont le sommet excentrique est constitué par la corne anormalement développée, tandis que le fond de l'utérus prend une direction plus ou moins oblique, allant de la trompe saine, dont les rapports ne sont pas sensiblement modifiés, jusqu'à la trompe du côté opposé, qui sera entraînée en haut par le développement de la tumeur fœtale.

Dans la discussion de la valeur du signe de Ruge-Simon il faut immédiatement distinguer deux catégories de grossesses interstitielles : les grossesses

jeunes, qui n'ont pas encore abouti à la rupture, ou que l'on observe au moment de la rupture ; et les grossesses qui après une évolution interstitielle proprement dite, se rompent, dont tout ou partie vient s'enkyster en dehors de l'utérus. Il est en effet bien exceptionnel de voir une grossesse interstitielle évoluer sans rupture jusqu'au septième mois, comme c'est le cas dans l'observation de Bar et Bufnoir que nous rapportions plus haut. Le plus souvent, aux environs du troisième mois, rarement au quatrième mois de la grossesse, une rupture se produit, provoquant soit des symptômes qui décident l'intervention immédiate pour inondation péritionale, soit dans le cas où les choses se passent progressivement l'enkystement, comme nous l'avons observé.

Dans le premier cas, la forme de l'utérus sera généralement celle que Ruge-Simon ont indiquée ; car, de par la forme de la trompe interstitielle qui décrit une courbe à convexité supérieure, la tumeur ovulaire aura le plus souvent tendance à se développer vers le fond de l'utérus, d'où l'asymétrie caractéristique : c'est l'aspect que nous voyons dans la pièce de Bonnaire et Brac qui concernait une grossesse de 6 semaines et dont nous reproduisons la photographie (fig. 15) ; c'est également cet aspect que nous rencontrons dans notre second cas, bien que peu marqué. Il s'en faut cependant que cette disposition soit constante : l'œuf ne se développe pas toujours en haut, il peut se développer également dans une direction latérale par rapport à l'utérus : c'est ce que Lequeux a bien mis en évidence lorsqu'il écrit : « A la nidation ovulaire dans la musculature du fond répondra

une direction ascendante de la corne et le signe de Ruge-Simon se confirmera ; mais à la nidation dans la musculature de la paroi latérale correspondra une

Fig. 15. — Grossesse interstitielle (cas de Bonnaire et Brac). L'œuf s'est développé vers le fond de l'utérus ; d'où l'asymétrie caractéristique des annexes et la verticalisation du fond de l'utérus.

fluxion juxta-utérine latérale et le signe de Ruge-Simon se trouvera en défaut. »

L'observation de Brindeau confirme bien la seconde partie de cette proposition, comme le montre nettement la figure que nous reproduisons ; il s'agissait ici d'une grossesse arrêtée dans son évolution vers le cinquième mois et qui par miracle n'avait pas

abouti à la rupture complète (fig. 16). On aperçoit à l'union du tiers gauche et des deux tiers droits de la pièce, les deux sillons qui indiquent la rupture incomplète, tandis que l'utérus a été rejeté à gauche :

Fig. 16. — Grossesse interstitielle.

L'utérus est à gauche flanqué des annexes saines.

la reproduction de la pièce coupée sagittalement, bien que désaxée, montre encore plus clairement la position respective de la tumeur et de l'utérus (fig. 17) ; effectivement l'examen de la malade avant l'intervention ne montrait qu'une tumeur du volume d'une tête fœtale, dure, un peu irrégulière et l'utérus n'était que difficilement retrouvé en avant sous forme d'une petite tumeur non mobilisable sur la

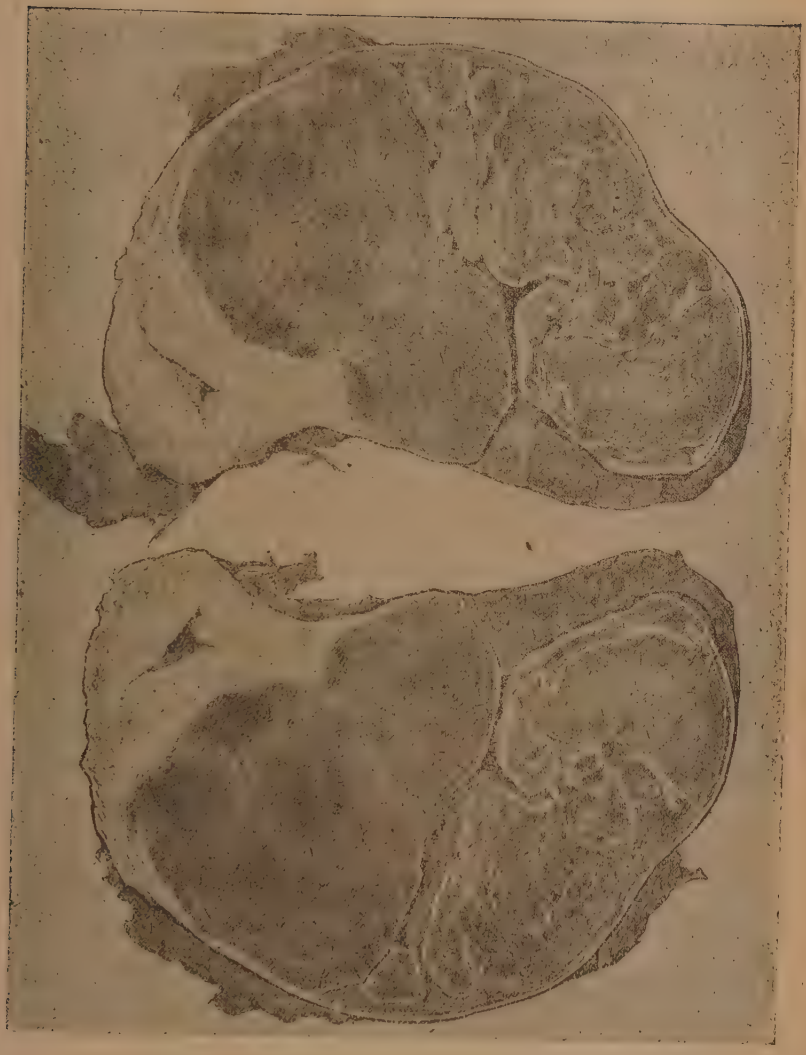

Fig. 17. — Pièce de la figure précédente sectionnée transversalement. On aperçoit l'utérus à gauche avec sa cavité triangulaire. La paroi de l'utérus semble se continuer avec le kyste fœtal. Il n'y a pas de verticalisation du fond de l'utérus.

masse latérale. Le signe de Ruge-Simon perd donc toute sa valeur dans des cas semblables. A propos de ce signe, certains auteurs allemands et en particulier Weinbrenner, ont insisté sur l'hypertrophie et l'hyperplasie de la musculature utérine correspondant à la corne gravide, particularité qui s'ajouterait au développement de l'œuf pour relever la partie correspondante de l'utérus et réaliser la verticalisation du fond. Sur les pièces que nous avons pu étudier, nous n'avons rien retrouvé de semblable : les parois utérines sont effectivement hypertrophiées, mais il ne nous a pas paru que cette hypertrophie fut limitée à la corne gravide. Bien au contraire elle porte toujours sur la totalité de la paroi utérine qui dans notre première observation, atteint une épaisseur de 3 centimètres en moyenne, quel que soit le niveau où on la considère ; de même dans notre second cas où l'hypertrophie des parois est générale. Bien plus sur la figure 18 qui reproduit une pièce étudiée par Lequeux à la Clinique Tarnier on voit nettement que cette hypertrophie repose sur la paroi opposée. Il ne nous est donc pas possible d'admettre, ainsi que Simon le prétend, que cette hypertrophie a pour effet de forcer la paroi qui en est le siège à s'allonger et que ce faisant, elle repousse la moitié correspondante du fond utérin en haut et lui fait prendre la position verticale de Ruge. Même dans les cas où le signe de Ruge-Simon est retrouvé, il ne nous paraît pas possible d'admettre cette interprétation des faits.

Enfin lorsqu'il s'agit d'une grossesse interstitielle dont une partie est venue s'enkyster en dehors de

l'utérus, il ne peut plus être question d'une pareille disposition. Le simple examen de notre pièce montre en effet que l'utérus en ce cas devient une simple annexe de la tumeur fœtale, que c'est celle-ci qui re-

Fig. 18. — Grossesse interstitielle. Coupe passant près de la face antérieure. Noter l'hypertrophie de la paroi utérine du côté opposé à la grossesse interstitielle.

tient toute l'attention et que d'après le siège de l'effraction, d'après le point d'implantation secondaire, d'après l'évolution ultérieure, l'aspect de la tumeur utéro-ovulaire variera à l'infini.

A cette opinion, Wægeli oppose sa statistique : il a trouvé le signe de Ruge-Simon : positif dans 33 cas, négatif dans 5 et non indiqué dans 15. Ce qui semble indiquer qu'on le retrouve dans la majorité des cas. Cependant, il serait intéressant de savoir si les

33 cas considérés, où le signe de Ruge-Simon était positif, ne concernent pas exclusivement des grossesses interstitielles peu âgées et non rompues ou rompues immédiatement avant l'intervention ; dans ces conditions, la valeur du signe de Ruge-Simon serait précisée. Mais en aucun cas nous ne pensons qu'il puisse être considéré comme un critérium tel que sa valeur a paru suffisante à Werth pour nier certaines observations classées comme grossesses interstitielles, sous prétexte qu'il manquait.

II. — Insertion asymétrique des annexes.

La seconde condition que doit classiquement remplir une grossesse anormalement insérée pour mériter la qualification de grossesse interstitielle est réalisée par l'insertion asymétrique des annexes. Tous les auteurs qui ont étudié la grossesse interstitielle la signalent comme essentielle ; nous-même l'avons retrouvée dans nos 3 cas et toutes les considérations que nous avons exposées au sujet du signe de Ruge-Simon nous expliquent également la constance de ce signe. Il est évident en effet que la corne utérine, en se développant ou bien entraînera en haut l'insertion de la trompe, si l'évolution de l'œuf se fait vers le fond de l'utérus, ou bien la déplacera sur le côté, si cette évolution se fait dans le sens transversal ; on peut même admettre que si le développement du sac fœtal dans cette dernière direction devient assez avancé, les annexes pourront être rejetées vers la partie inférieure de l'organe comme c'est le cas pour la pièce de Lequeux que nous repro-

duisons et pour les cas de Rosenthal et de Glaesmer. Que les annexes du côté atteint soient rejetées en haut, latéralement, ou en bas, par rapport à celles du côté sain, l'asymétrie deviendra donc évidente ; il ne faut cependant pas attacher une importance exagérée à cette disposition et nous partageons complètement l'opinion de Lequeux lorsqu'il admet ici aussi que la nidation et l'évolution de l'œuf peuvent influencer la situation respective des annexes dans différents sens. Le plus souvent, on trouvera les annexes du côté gravide plus élevées que celles du côté intact, et ce sera un nouveau signe de présomption en faveur d'une grossesse interstitielle ; nous nous rappellerons cependant qu'au cours d'une grossesse angulaire ou d'une grossesse dans un utérus bifide, la même asymétrie peut être observée et que sa valeur n'a rien d'absolu dans le diagnostic d'une grossesse anormalement située.

III. — Insertion du ligament rond.

Un signe plus intéressant de grossesse interstitielle à notre sens est constitué par l'insertion du ligament rond du côté gravide. Chaque fois que cette insertion est précisée dans la description des pièces, nous voyons qu'elle est située en dehors de la corne gravide. Dans deux cas seulement, signalés par Wægeli, l'insertion aurait été trouvée dans la moitié proximale de la corne utérine. Dans le cas qui fait l'objet de notre troisième observation, le ligament rond s'implantait au centre de la nodosité constituée par la grossesse interstitielle, si bien que pour

réséquer la corne gravide il fallut sectionner ce ligament et le réimplanter sur l'utérus. La constance de cette disposition n'a rien qui doive nous étonner, si l'on songe à la tendance habituelle des grossesses interstitielles que nous avons signalée à se développer en haut d'abord en raison de la conformation de la trompe interstitielle. A ce moment l'insertion du ligament rond, qui reste au-dessous de la tumeur fœtale ne peut être que peu modifiée. Puis lorsque l'œuf trop à l'étroit, gagne du terrain vers les parties latérales et inférieures de l'utérus, il repousse dans le même sens l'insertion du ligament rond en même temps que la partie isthmique de la trompe du même côté. A ce moment le ligament rond se trouvera par conséquent en dehors de la tumeur. Tous les auteurs qui se sont occupés de la grossesse interstitielle insistent sur cette disposition. C'est celle que nous trouvons sur notre première pièce qui seule avait un développement suffisant pour que ce signe y ait quelque valeur. Celle-ci n'est cependant pas absolue, elle non plus. Dans le cas de Wagner, l'insertion du ligament rond se trouvait en dedans de la tumeur, et Glaesmer en raison de ce fait, lui refuse la qualité de grossesse interstitielle. La quatrième observation du mémoire de Lequeux, montre une disposition qui nous paraît unique (fig. 19) : le ligament rond s'insère sur le bord latéral de l'utérus, mais tout à fait au-dessous du sac ovulaire, qui l'a pour ainsi dire enjambé, si bien que l'insertion du ligament rond est situé en dedans de la masse gravide. Là encore, le siège primitif de l'implantation de l'œuf, la variété à laquelle on aura à faire, le sens du développement de l'œuf,

qu'il soit ou non en rapport avec la variété de grossesse interstitielle, ainsi que le dit Lequeux, jouent un rôle certain, et il est impossible de fixer une règle absolue quant à l'insertion du ligament rond par rapport à la masse ovulaire. Quoi qu'il en soit, ce signe

Fig. 19. — Grossesse interstitielle rompue. Utérus vu par sa face antérieure.

1. Siège de la rupture envahie par les débris ovulaires. — 2. Amorce de la trompe gauche. — 3. Amorce du ligament rond gauche. — 4. Col utérin. — 5. Trompe droite. — 6. Ligament rond droit sectionné au ras de l'utérus.

a sa valeur. Dans les cas favorables, c'est-à-dire lorsque la paroi abdominale ne sera ni trop épaisse, ni trop contracturée, on pourra le retrouver en examinant la femme par le toucher vaginal combiné au palper. Il permettra d'éliminer presque à coup sûr la grossesse extra-utérine tubaire et aidera puissamment au diagnostic exact.

Il n'en reste pas moins vrai que ces trois signes : signe de Ruge-Simon, asymétrie des annexes, et insertion latérale du ligament rond n'ont de valeur qu'au point de vue anatomique, à l'examen de la pièce enlevée au cours de l'intervention. Le plus souvent, surtout si la grossesse interstitielle est au début de son évolution, l'examen de la femme ne permettra pas d'en faire le diagnostic exact ; dans aucune des observations que nous avons retrouvées, le diagnostic de grossesse interstitielle n'avait été établi avant l'intervention ; dans quelques cas seulement l'hypothèse d'une telle lésion avait été envisagée.

Sans sortir des limites que nous avons fixées à notre étude, nous terminerons ce chapitre en disant : La grossesse interstitielle évolue cliniquement à la manière d'une grossesse extra-utérine, jusqu'à et y compris la rupture. L'un quelconque ou la réunion des trois signes suivants : signe de Ruge-Simon, asymétrie des annexes, insertion latérale du ligament rond par rapport à la tumeur, devra éveiller l'idée de la grossesse interstitielle. Nous ajouterons, ainsi que le professeur Bar l'enseigne, que si la tumeur est en arrière, basculée dans le cul-de-sac de Douglas, les probabilités seront beaucoup plus en faveur de la grossesse tubaire. Au contraire si la tumeur est en avant, les hypothèses seront limitées à la grossesse interstitielle et à la grossesse angulaire ; ici, seule l'évolution permettra de distinguer à quelle variété de grossesse on aura à faire, la grossesse angulaire devenant bientôt une grossesse utérine, tandis que la grossesse interstitielle aboutit rapidement à la rupture.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Notre intention n'est pas ici non plus de donner une étude complète de l'anatomie microscopique des grossesses interstitielles. Mais nous pensons que l'examen des coupes provenant de nos trois cas nous autorise à passer en revue les quelques travaux qui ont été publiés sur cette question et à en vérifier les points les plus discutés.

A la vérité, à l'exception de Wægeli, personne n'a essayé d'établir l'histologie de la grossesse interstitielle d'une façon complète ; la plupart des auteurs qui s'en sont occupés, se sont contentés d'examiner une partie de la paroi de la cavité afin d'étudier les rapports de l'œuf et de la paroi ; quelques-uns ont examiné la muqueuse utérine ; Glaesmer, von Franque et Wægeli ont seuls examiné la trompe du côté malade. Les résultats de ces recherches sont assez contradictoires ; nous pensons donc faire œuvre utile en donnant un rapide aperçu de cette question et nous examinerons successivement :

1° les parois de la cavité ovulaire ;
2° les rapports de l'œuf avec cette paroi ;
3° la muqueuse utérine ;

1° *Parois de la cavité ovulaire.*

D'après l'examen des coupes provenant de nos trois pièces, la paroi du sac ovulaire peut être décrite comme une coque musculaire lisse, développée aux dépens de la muqueuse utérine et dont l'aspect donne l'impression qu'elle a été étirée et distendue ; elle est tapissée sur sa face interne par une couche de tissu vacuolaire au sein duquel nous trouvons des cellules deciduales. La présence constante de ces cellules, sans nous permettre d'affirmer qu'il s'agit d'une véritable caduque nous oblige donc à admettre une réaction déciduale au niveau de la paroi du sac.

En cela nous sommes d'accord avec un certain nombre d'auteurs ; avec la majorité pourrions-nous dire.

Cornil et à sa suite Werth, admettent cette réaction du tissu conjonctif, bien que le dernier nie la présence de véritables cellules déciduales.

Martin, Webster, Gebhart, von Franque affirment la présence d'une véritable caduque au niveau du sac ovulaire.

Léopold décrit comme provenant de la muqueuse tubaire des cellules volumineuses à gros noyaux qu'il considère comme des cellules déciduales.

Bossé ne parle que d'un tissu mal différencié, où il retrouve des éléments déciduaux.

Raschkes décrit dans un tissu lâche de grosses cellules rondes ou polyédriques, à noyaux volumineux.

Beckmann décrit trois couches à la paroi du sac :

péritoine, musculature, et caduque plus ou moins complète.

Simon se prononce nettement en faveur d'une caduque tubaire, développée aux dépens de la muqueuse de la trompe. Il admet seulement que, au cours de l'évolution cette caduque est comprimée, amincie, et que par places elle peut manquer.

Lequeux n'a examiné qu'une seule de ces pièces à ce point de vue : nous reproduisons ici la coupe qu'il étudie (fig. 20). Elle montre la cloison musculaire qui sépare la cavité ovulaire de la cavité utérine. De part et d'autre de cette cavité nous trouvons des cellules déciduales ; du côté de la cavité utérine on voit sur la coupe les éléments d'une belle caduque ; du côté de la cavité interstitielle il n'y a pas à proprement parler de caduque : dans le tissu assez mal défini qui entoure les villosités et les sépare du muscle, on rencontre des éléments qui ont l'aspect des cellules déciduales. Cet aspect suffit à Lequeux pour affirmer la présence d'une caduque interstitielle.

Wægeli a trouvé dans un cas des cellules déciduales autour du sac fœtal ; dans son second cas, il n'a pu déceler leur présence.

Il semble donc que le tissu péri-ovulaire au cours de la grossesse interstitielle réagit par la production de cellules déciduales en présence des éléments provenant du fœtus et exactement comme cela se passe dans la muqueuse tubaire. Mais de même que pour la grossesse tubaire, cette réaction du tissu péri-ovulaire a été niée par de nombreux auteurs : Kuhne, Griffith, Aschoff, Futh et Ulesko-Stroganowa sont de ce nombre. Poppel fait même de cette

absence de caduque un élément du diagnostic de la grossesse interstitielle admettant que lorsque la caduque existe il s'agit d'une grossesse angulaire.

Emsmann enfin donne une interprétation originale

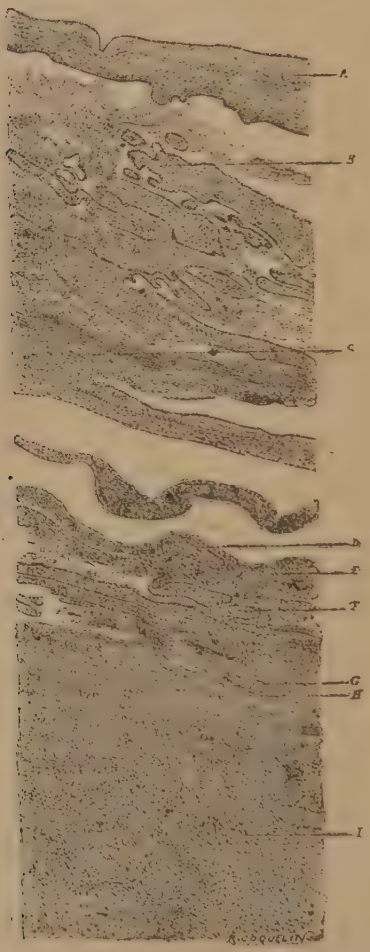

Fig. 20. — *A*. Chorion doublé de l'amnios. — *B*. Villosités choriales. — *C*. *D*. Cellules déciduales de caduque tubaire. *E*. Leucocytes. — *F*. Villosités au contact du muscle. — *G*. Muscle utérin. — *H*. Cellules déciduales intra-musculaires. *I*. Caduque utérine.

de la présence des cellules dites déciduales : ce serait des éléments de provenance fœtale. Glæsmer et Rathgeb n'osent se prononcer et semblent incliner vers la même opinion.

Dans aucun de nos trois cas, nous n'avons vu ces cellules déciduales au milieu des fibres musculaires, nous les avons toujours trouvées soit entre les villosités et la couche musculaire, soit autour des villosités les plus rapprochées de la paroi. Le plus souvent nous les avons trouvées non pas isolées, mais en groupe et au sein d'un tissu vacuolaire d'aspect conjonctif ou au milieu de la fibrine qui tapissait par places la couche musculaire. Nous répétons donc que nous admettons la constance de la réaction déciduale au niveau de la paroi du sac ; aux dépens de quels éléments les cellules déciduales se développent-elles ? Il nous est difficile de répondre à cette question d'une façon catégorique, mais nous inclinons à penser qu'elles proviennent simplement du tissu conjonctif plutôt que du tissu musculaire au sein duquel nous ne les avons pas rencontrées. Quant à leur analogie avec certains éléments de provenance fœtale c'est là un point que nous examinerons un peu plus tard, en étudiant les rapports de l'œuf avec la paroi du sac, ce que nous allons faire dans le chapitre suivant.

2° *Rapports de l'œuf avec la paroi du sac.*

On sait que dans la grossesse normale les différentes productions ovulaires ont une action destructive sur les éléments maternels, tout au moins sur ceux de la caduque ; le syncytium et les villosités

elles-mêmes, par l'intermédiaire des cellules trophoblastiques, envahissent le tissu décidual et celui-ci est le siège d'un processus de dégénérescence et de nécrose. Il était intéressant de voir comment se comportaient les villosités au cours des grossesses interstitielles et c'est ce que nous nous sommes efforcé d'élucider sur nos coupes. Les villosités sont en général noyées dans la fibrine et il nous a paru que dans notre premier cas qui concerne une grossesse assez âgée et arrêtée dans son évolution, un certain nombre d'entre elles étaient le siège d'un processus de dégénérescence. Mais par contre, et en particulier dans nos deux derniers cas, qui concernent des grossesses jeunes, un certain nombre de villosités ont été respectées par la fibrine, et viennent se mettre en contact direct avec la paroi musculo-conjonctive. Au point d'union nous avons vu une forte infiltration lymphocytaire et en même temps nous avons constaté que le revêtement plasmodial des villosités se fragmente, comme s'il éclatait. La couche des cellules de Langhans, sous-jacente semble proliférer d'une façon intense et se présente alors en amas au niveau où le syncytium manque ; ces amas se déversent quelquefois dans le tissu décidual ou dans la fibrine ; fréquemment cet aspect est masqué par l'infiltration lymphocytaire abondante. Du côté maternel nos premières coupes, qui intéressaient la paroi du sac en un point éloigné du siège de la rupture ne montraient pas un envahissement très net de la paroi par les villosités ; au contraire le fragment que nous avons prélevé au niveau de l'orifice de la paroi montre un contact intime entre les fibres musculaires

et les villosités, dont les éléments se répandent entre les faisceaux musculaires dégénérés ; de même sur les coupes de nos deux dernières pièces : ici, en certains points la fusion des éléments fœtaux et de ceux de la paroi est telle, qu'elle devient inextricable et on assiste à un véritable bouleversement de la paroi.

Dans l'étude de l'envahissement des tissus utérins par les éléments migrateurs provenant de l'œuf nous avons du reste été souvent arrêté par la similitude que peuvent présenter les éléments de la caduque et ceux qui proviennent du syncytium. Dans un travail récent sur la muqueuse utérine, Brindeau, examinant les rapports réciproques des éléments fœtaux et des éléments maternels les distingue de la façon suivante : à l'ectoderme fœtal appartiennent les petites cellules cubiques à noyaux foncés et à protoplasma granuleux ; aux cellules maternelles se rattachent de gros éléments ovoïdes à noyaux pâles et à protoplasma réfringent. Nous avons décrit dans nos coupes ces deux catégories d'éléments. Nous avons rencontré les premiers à proximité des villosités, ou noyés dans la fibrine, ou en contact plus ou moins direct avec les différents éléments de la paroi. Nous avons rencontré les seconds dans cette partie de la paroi que nous considérons comme une ébauche de caduque et nous en avons fait des cellules déciduales. La difficulté de préciser l'origine des différentes cellules rencontrées est telle cependant, que nous estimons qu'il faut se garder de toute affirmation en ce qui concerne des éléments, qui selon les auteurs sont csnsidérés comme provenant du fœtus ou comme provenant de la mère. Nos constatations confirment

du reste pleinement ce qui a été écrit jusqu'ici sur l'envahissement de la paroi par des éléments d'origine fœtale. Cet envahissement est déjà indiqué dans les travaux de Henkel, de Weinbrenner, de Raschkes et de Ulesko-Stroganowa. La question qui semble préoccuper ces différents auteurs est plutôt du reste l'origine de ces éléments : viennent-ils du syncytium ou des cellules de Langhans? Ainsi que le fait remarquer Wægeli il s'agit peut-être là d'une discussion académique et dont l'intérêt pratique nous échappe. Nous pensons du reste, que de même que dans la grossesse normale, les différents éléments des villosités, plasmode, cellules de Langhans et même cellules trophoblastiques peuvent envahir les parois du sac : d'où le polymorphisme des éléments migrateurs.

Faut-il admettre, comme le pensent la plupart des auteurs que nous venons de nommer, que cet envahissement de la paroi par les éléments de provenance fœtale favorise la rupture? A l'exception de Wolff et de Menge, tous admettent l'action destructive des éléments choriaux ; certains, comme Veit, font jouer un rôle à l'oblitération des veines maternelles par les éléments plasmodiaux. D'autres auteurs pensent que ces éléments en pénétrant dans les vaisseaux érodent leurs parois, d'où hémorragie intra-ovulaire, ou intra-pariétale qui provoque une surdistension favorable à la rupture. Nous inclinons à penser que l'hémorragie joue un rôle capital dans la rupture : nous n'avons pas retrouvé dans les vaisseaux sur nos coupes des éléments d'origine fœtale, mais nous avons constaté en plusieurs points une desquamation endo-

théliale intense et un état vésiculeux de ces cellules qui est peut-être en rapport avec la pénétration des éléments syncytiaux à tendance destructive ; ces lésions ne nous ont du reste pas paru plus marquées aux points les plus rapprochés de la rupture. Nous ajouterons que Bosse nous paraît avoir pris à tort ces cellules pour des éléments d'origine fœtale et nous n'admettons pas son interprétation. Mais l'envahissement de la paroi par les villosités nous a paru indéniable dans nos trois cas; et dans le premier, cet envahissement était localisé au bord de l'orifice par lequel le fœtus s'était hernié. Il nous semble que c'est là une démonstration très nette du pouvoir destructif des villosités. Incontestablement le facteur mécanique, la surdistension de la cavité par l'œuf rempli de sang, joue un rôle important dans le processus de rupture ; mais l'envahissement de la paroi par les éléments fœtaux, soit par l'intermédiaire des vaisseaux ainsi que le dit Veit, soit par pénétration des éléments syncytiaux au milieu des fibres musculaires comme nous l'avons constaté après tant d'autres, doit être mis au premier plan parmi les causes de rupture.

3° *Muqueuse utérine.*

En examinant la structure de notre première pièce nous avons donné la description de la muqueuse utérine, telle qu'elle nous est apparue sur plusieurs coupes : quel que soit le niveau où elle est examinée, elle ne présente en aucune façon les modifications si caractéristiques de la caduque utérine. Pour notre

seconde pièce nous n'avons pu retrouver les coupes de muqueuse utérine qui avaient été pratiquées. Le Dr Bender nous a cependant affirmé se souvenir qu'elles ne présentaient, elles non plus, aucune réaction déciduale. Dans notre troisième cas l'utérus étant resté en place, nous n'avons naturellement pas pu pratiquer les coupes de la muqueuse utérine. Nous le regrettons d'autant plus vivement que le résultat de notre examen de la muqueuse utérine dans nos deux autres cas est nettement en contradiction avec ce qu'ont trouvé la plupart des auteurs. Depuis Kussmaul, en effet, il est classique de dire qu'au cours de toutes les grossesses tubaires, la muqueuse utérine se transforme en caduque, et que l'expulsion de celle-ci constitue un des signes les plus significatifs en faveur de la présence d'une grossesse dans l'une des trompes. Ce sont là des faits que la clinique vérifie chaque jour et il y a tout lieu de penser qu'il en est de même au cours des grossesses tubaires particulières que sont les grossesses interstitielles.

Nous n'avons retrouvé qu'un petit nombre de descriptions de caduques utérines au cours des grossesses interstitielles. Le plus souvent les auteurs signalent l'épaississement de la muqueuse utérine, mais l'examen histologique n'est pas pratiqué. Beckmann cependant décrit une caduque typique dans laquelle il distingue trois couches : une externe, la compacte ; une moyenne, la spongieuse ; enfin une couche juxta-musculaire, dite des culs-de-sac glandulaires. Rosenthal décrit une muqueuse utérine très épaissie qu'il considère comme une caduque. Lequeux a trouvé

une caduque utérine typique et on peut la retrouver sur la figure 20 Wægeli dans son premier cas a vu une caduque bien constituée ; dans son second cas, la femme avait été curettée et il n'a découvert que les restes d'une caduque, dont la présence ne paraît pas contestable.

En réalité la question n'est certainement pas aussi nettement résolue que certaines observations cliniques et indéniables d'expulsion de caduque pourraient le faire penser. En 1910, à la suite d'une communication de notre Maître Lepage, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie, sur le diagnostic de la dysménorrhée membraneuse et de la grossesse extra-utérine, M. Lecène, et, à sa suite, M. le professeur Couvelaire, ont montré combien les examens histologiques pouvaient être décevants à ce point de vue. Si, le plus souvent, dans les cas de grossesse extra-utérine, l'examen de la muqueuse utérine montre celle-ci épaissie, avec ses glandes dilatées, ses vaisseaux ectasiés et au niveau du chorion les cellules conjonctives augmentées de volume, boursouflées et présentant les caractères des cellules déciduales, dans certains cas au contraire, le stroma reste peu épais, formé en majorité de cellules fusiformes tandis que du côté des glandes on ne remarque aucun développement anormal, aucune surélévation de l'épithélium. Dans cette discussion, le professeur Couvelaire concluait : « Les modifications que subit la muqueuse utérine au cours de l'évolution en grossesse ectopique sont variables ; cette variabilité n'est en rapport ni avec le siège de l'œuf, ni avec son âge ; si le plus souvent l'aspect histologique des membra-

nes expulsées rappelle celui de la couche compacte de la muqueuse utérine au cours de la grossesse utérine, cette analogie n'est pas constante. La non-constation de cellules déciduales dans le stroma d'une membrane expulsée de l'utérus ne permet pas d'éliminer le diagnostic de grossesse ectopique. »

De l'étude de la muqueuse utérine dans notre cas de grossesse interstitielle, nous concluons donc : *à l'encontre de l'opinion généralement admise qu'une caduque utérine se forme au cours des grossesses ectopiques, nous n'avons pas constaté la présence d'une pareille formation au cours de nos recherches ;* et nous considérons cette absence de caduque comme une confirmation des faits rapportés en 1910, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiâtrie, par MM. Lecène et Couvelaire.

CONCLUSIONS

1° La grossesse interstitielle a des caractères anatomiques extrêmement différents selon : son point d'implantation primitif, son âge et son évolution.

2° Les trois signes classiques qui permettraient de reconnaître avec certitude une grossesse interstitielle, à savoir la position plus ou moins verticale de l'utérus, l'asymétrie des annexes, l'insertion latérale du ligament rond par rapport à la masse ovulaire, n'ont pas une valeur absolue. L'examen de la malade ne permet pas le plus souvent de les retrouver. Ils ne se vérifient pas d'une façon constante sur les pièces examinées après l'intervention.

3° L'histologie permet seule d'affirmer le diagnostic de grossesse interstitielle, en montrant l'intégrité de la muqueuse de la corne utérine et de la muqueuse de la portion isthmique de la trompe.

4° L'anatomie microscopique des grossesses interstitielles parait mieux fixée, au moins pendant les premiers stades.

5° Les points suivants nous paraisssnt constants :

a) Il existe une réaction déciduale peu marquée au niveau de l'implantation de l'œuf.

b) L'envahissement profond du muscle utérin par les villosités choriales ou les éléments qui en sont dérivés s'observe d'une façon constante.

c) La réaction de la muqueuse utérine au cours des grossesses interstitielles, de même que dans les autres grossesses extra-utérines est probablement variable.

Il existe des exemples indéniables où l'absence de toute caduque utérine est constatée.

Vu,
le Président de thèse,
PAUL BAR

Vu, le Doyen
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LUCIEN POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Baart de la Faille. — *Monats f. Geb. und Frauenkr.*, 1867.

Bar. — Note sur la greffe de l'œuf dans une corne utérine. *Soc. d'Obst. de Paris*, 20 mars 1909.

— Insertion de l'œuf dans une corne utérine. *Soc. d'Obst. de Paris*, 19 novembre 1903.

Bar et Bufnoir. — *L'Obstétrique*, 1900.

Barnes. — *Diseases of Women*, p. 326.

Beckmann. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXVIII, 1898.

Bovin. — *Soc. d'Obs. et de Gyn. de Stockholm*, novembre 1908.

Bonnaire et Brac. — *Soc. d'Obst. de Paris*, 10 janvier 1910.

Bosse. — *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, t. LII, 1904.

Brindeau. — *Soc d'Obst de Paris*, juillet 1907 et décembre 1910.

Brindeau et Nattan-Larier. — Histologie de la muqueuse utérine dans la grossesse normale. *Archives d'Obst. et de Gyn.*, mars 1916.

Brooks H. Wells. — *La Gynécologie*, 1898.

Brunswick le Bihan. — XIII[e] Congrès de l'Association Française de Chirurgie, 3-8 octobre 1910.

Bubendorf. — Considérations sur l'enchâtonnement du placenta. *Thèse de Nancy*, 1881.

Chambrelent. — Grossesse extra-utérine avec communication du sac fœtal avec la cavité utérine. *Soc. d'Obst. de Paris*, janvier 1904.

Cornil. — *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, janvier et février 1900.

Couvelaire. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. *Thèse de Paris*, 1901.

Couvelaire et Mouchotte. — Grossesse tubaire faisant corps avec la corne utérine et nécessitant l'hystérectomie. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, mai 1910.

Delagentière. — *Archives Provinciales de Chirurgie*, mai 1902.

Descarpentries. — Grossesse tubo-interstitielle. Avortement. *Echo médical du Nord*, 4 avril 1909.

Dezeiméris. — *Journal des Connaissances Méd.-Chir.*, janvier 1837.

Doléris. — Traitement de la grossesse ectopique. *Soc. d'Obst. et de Pédiâ. de Paris*, avril 1900.

Eiermann. — *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, t. V, 1897.

Falk. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, t. LXV.

Von Franque et Garkisch. — *Zeits. f. Heilk.*, 1905.

Fitz. — *American Jour. of Med. Sciences*, vol. XLIX. Philadelphie, 1877.

Freund. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1889, n° 40.

Fromme. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1910.

Funck-Brentano. — *Thèse de Paris*, 1898.

Glæsmer. — *Archiv. f. Gyn.*, t. XCHI, 1911.

Greyfié de Bellecombe. — *Thèse de Paris*, 1911.

Guillaume. — *Thèse de Paris*, 1911.

Hanley. — Interstitial ectopic gestation. *Buffalo, Med. Jour.*, 1908-1909, t. XIV.

Henkel. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, t. LV, 1907.

Heinsius. — *Zeits. f. Geburt*, 1905. Bd. 54.

Hicks. — *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1878, p. 98.

Hodge. — *Trans. of the Obst. Soc. of Philadelphia*, décembre 1888.

Keitler. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1905.

Kastanæw. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1914.

De Kervilly. — La villosité du placenta. *Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, juin 1916.

Labadie-Lagrave et Legueu. — *Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie.*

Lawson-Tait. — *The British. Med. Journal*, août 1884.

Lecène. — Diagnostic histologique différentiel de la dysménorrhée membraneuse et de la grossesse ectopique. *Soc. d'Obst., de Gyn. et de Pédiâ.*, 18 avril 1910.

Léopold. — Beitrage zur Graviditas Extrauterina. — *Centralblatt f. Gyn.*, t. LVIII, 1899.

Lequeux. — Quelques cas de grossesse interstitielle. — *L'Obstétrique*, mai 1911.

— De la grossesse angulaire et de ses rapports avec les grosesses ectopiques. — *Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, octobre 1906.

Lehmann. — *Archiv. f. Gyn.*, t. LXXXIX, 1909.

Löwit. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1912.

Madlener. — *Monats f. Geb. u. Gyn.*, t. XXIII, 1906.

Martin. — Congrès international de Gyn. de Bruxelles, 1894.

Maygrier. — *Soc. d'Obst. de Paris*, 4 juillet 1907.

Mercier. — *Thèse de Paris*, 1898.

Munro-Kerr. — *Obst. Transactions of the Edinburgh, Soc.* 1907-1908, t. XXXIII.

Muret. — *Revue de Gyn. et de Chirur. abdominale*, t. VI, 1902.

Nacke. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1911.

Onfroy de Bréville. — *Thèse de Paris*, 1911.

Oui. — *Soc. d'Obst. de Gyn. et de Pédiâ.*, février 1910.

Prietsley. — *Obst. transactions*, Londres, 1880, t. XXI.

Proust et Bender. — Le chorio-épithéliome malin. *Revue de Gyn. et de Chirur. abdominale*, mai 1913.

Poppel. — *Monatts f. Geb. u. Frauenk*, t. XXII, 1868.

Prüssmann. — *Zeits. f. Gyn. u. Geb.*, t. LII, 1904.

Raschkes. — *Monatts. f. Geb. u. Gyn.*, t. XVII, 1903.

Rathger. — *Thèse de Munich*, 1884.

Rochard et Démelin. — *Soc. d'Obst.*, 1903.

Rosenthal. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1899.

Simon. — *Thèse de Strasbourg*, 1852.

Segond. — Traitement des grossesses extra-utérines. —

Congrès de Gyn., d'Obst. et de Pédiâ. ; Marseille, 1898.

Tuffier. — Grossesse tubo-interstitielle rompue. *Soc. de Chir.*, 12 février 19 .

Ulesko-Stroganowa. — *Monatts. f. Geb. u. Gyn.*, t. XV, 1902.

Uschakoff. — *Centralblatt f. Gyn.*, t. XXIV, 1908.

Veit. — *Monatts. f. Geb, u. Gyn* , t. XXIV, 1906.

Wægeli. — La grossesse interstitielle. — *Revue de Gyn. et de Chir. abdom.*, novembre 1915.

Wimmer. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1903.

Wolf. — Congrès de la Soc. allemande de Gyn., 1913.

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN

117

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE